CMAM Forum

Collaborer pour améliorer la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le monde

Engagement communautaire : le « C » au cœur de la PCMA

Nell Gray[1], Juliet Bedford[1], Hedwig Deconinck[2, 3], Rebecca Brown[2]

1. Anthrologica (www.anthrologica.com)
2. Forum PCMA (http://fr.cmamforum.org/)
3. Université catholique de Louvain, Institut de Recherche Santé et Société

Dossier technique du forum PCMA août 2014

European Commission

unicef

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement les collègues suivants d'avoir partagé leur expertise lors de l'élaboration du dossier : Sabah Barigou, Catherine Chazaly, Steve Collins, Nicky Dent, David Doledec, Maureen Gallagher, Kate Golden, Saul Guerrero, Jamie Lee, Jose Luis Alvarez Moran, Chloe Puett et Kate Sadler.

Merci également à Elizabeth Elliott, Anthrologica, pour son aide avec les citations de référence et la relecture.

Le dossier technique a été réalisé grâce à un financement d'ECHO.

Avertissement : le contenu final du dossier relève de la responsabilité des auteurs et ne représente pas la position officielle d'Anthrologica ou de Forum PCMA concernant les sujets abordés.

Abréviations

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
OC	Organisation communautaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PB	Périmètre brachial
PCC	Prise en charge des cas au niveau communautaire
PCIME	Prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PEC-C	Prise en charge intégrée des cas dans la communauté
RSC	Renforcement des systèmes communautaires
SMI	Santé maternelle et infantile
SMS	Short Message Service (message texte)
STC	Soins thérapeutiques communautaires

Table des matières

1 Introduction 3
2 Communauté, engagement communautaire, acteurs et systèmes communautaires 5
2.1 Définition de la « communauté » 5
2.2 Définition de « l'engagement communautaire » 6
2.3 Définition des « acteurs communautaires » et des « systèmes communautaires » 10
2.4 L'importance de l'engagement communautaire pour une prestation de services de PCMA efficace 12
3 Les défis d'un engagement communautaire efficace envers la PCMA 14
3.1 Déséquilibre des priorités de l'engagement communautaire 14
3.2 Insuffisance des politiques et des directives techniques 15
3.3 Financement non fiable et/ou à court terme 15
3.4 Les défis posés par la gestion des agents de santé communautaire et des bénévoles 16
3.5 Manque d'acteurs de la communauté suffisamment qualifiés dans le secteur de la santé 18
3.6 Défis en matière de suivi et de production de rapports 18
3.7 Obstacles à l'accès et à l'utilisation des services 19
4 Pistes pour un engagement communautaire plus efficace 21
4.1 Faire participer les communautés à la gestion et au renforcement de l'appropriation 21
4.2 Adaptation des politiques et des directives techniques 21
4.3 Intégrer et relier la PCMA à d'autres stratégies de santé communautaire 21
4.4 Renforcement de la gestion des bénévoles et des agents de santé communautaire 22
4.5 Recours aux prestataires de services de santé informels 23
4.6 Incorporation de technologies de l'information et de la communication appropriées et innovantes **Error! Bookmark not defined.**
4.7 Amélioration du suivi et de la production de rapports 29
4.8 Systématisation de la recherche 30
4.9 Systématisation de l'apprentissage, de l'évaluation et de la gestion des connaissances 30
5 Conclusion et perspectives – Repositionnement de l'engagement communautaire 31

Encadrés

Encadré 1 – Terminologie commune ayant trait aux actions communautaires 5
Encadré 2 – Exemples de processus d'engagement communautaire 7
Encadré 3 – Exemples d'activités d'engagement communautaire 7
Encadré 4 – Sélection de guides techniques 9
Encadré 5 – L'influence de l'engagement communautaire sur la couverture du traitement 13
Encadré 6 – Exemples d'indicateurs d'engagement communautaire couramment utilisés et suggérés 29
Encadré 7 – Aperçu des méthodes d'évaluation de la couverture 30

Figures

Figure 1 : Relation entre les acteurs et systèmes communautaires et sanitaires 10
Figure 2 : Exemple d'un cycle de projet d'engagement communautaire ..... **Error! Bookmark not defined.**

Études de cas

Étude de cas 1 – Engager efficacement les divers groupes communautaires dans l'ANJE **Error! Bookmark not defined.**
Étude de cas 2 – Éducation des guérisseurs traditionnels pour augmenter le taux d'orientation vers un établissement de santé au Mozambique rural 27
Étude de cas 3 – Utilisation de la technologie mobile pour améliorer la santé maternelle et infantile au Rwanda rural 28

1 Introduction

La malnutrition aiguë[i] représente un énorme fardeau mondial en termes de morbidité et de mortalité chez l'enfant. En 2011, environ 52 millions d'enfants étaient émaciés et 19 millions très émaciés, entraînant chaque année près d'un million de décès d'enfants qui auraient pu être évités[1]. Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sont neuf fois plus susceptibles de mourir que les enfants en bonne santé et les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) le sont trois fois plus[2].

Les interventions de santé liées à la prise en charge de la MAS ont été initialement mises en œuvre dans le cadre de soins hospitaliers et surtout dans les situations d'urgence. La prise en charge de la MAM constitue généralement une réponse à une situation d'urgence mise en œuvre en soins ambulatoires ou au sein de structures communautaires. À la fin des années 1990, l'innovation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) a permis aux enfants atteints de MAS sans complications médicales d'être traités à domicile, au lieu de devoir rester dans des centres de soins et hospitalisés jusqu'à la guérison complète. En conséquence, après un essai pilote réussi de l'approche de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) en 2000, celle-ci a été déployée dans les situations d'urgence en matière de nutrition à partir de 2003. La base de plus en plus fournie de données probantes sur la PCMA a facilité son adoption par consensus sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2005[3], et aux termes d'une déclaration conjointe de l'Organisation des Nations Unies en 2007[4]. Depuis lors, la PCMA est de plus en plus souvent adoptée par les gouvernements dans des contextes de développement et mise en œuvre comme un service de santé infantile de routine dans les zones où le fardeau de la malnutrition aiguë est élevé, avec le soutien de bailleurs de fond, d'agences des Nations Unies (ONU) et d'organisations non gouvernementales (ONG), désignés comme partenaires dans le présent dossier. En 2012, 60 pays avaient adopté la PCMA[5].

L'approche de la PCMA comprend l'extension communautaire (qui porte sur la sensibilisation et l'engagement communautaires, le dépistage actif des cas et le suivi à domicile des cas à problèmes), la prise en charge ambulatoire de la MAM (selon le contexte), la prise en charge ambulatoire de la MAS sans complications médicales et la prise en charge des patients en centre de soins en vue de la stabilisation de la MAS avec complications médicales. La PCMA est étroitement liée à des interventions de prévention et de traitement en matière de santé et de nutrition et de filets de sécurité sociale[4]. Cette approche communautaire a donné des résultats impressionnants, atteignant une couverture nettement plus élevée que l'approche des soins prodigués en milieu hospitalier uniquement, augmentant ainsi les taux de rétablissement et d'observance du traitement et diminuant les taux de létalité[6]. La PCMA a également considérablement réduit le coût du traitement, a facilité l'accès aux soins et a fait preuve d'efficacité dans la lutte contre le nombre élevé d'enfants souffrant de MAS[7,8].

Cependant, malgré l'expansion rapide des services de PCMA et la priorité croissante qu'on leur accorde dans les programmes nationaux et internationaux, la couverture à la fois géographique et de traitement reste relativement faible. En 2012, la couverture géographique de la prise en charge de la

[i] La malnutrition aiguë comprend la malnutrition modérée (MAM) et la malnutrition aiguë sévère (MAS). La MAS chez les enfants de 6-59 mois est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux et/ou par un indice poids-taille ou Z-score inférieur à -3 écarts types par rapport à la valeur médiane de référence définie par l'OMS en 2006, ou par un périmètre brachial inférieur à 115 mm. La MAM chez les enfants de 6-59 mois est définie par un indice poids-taille ou Z-score égal ou supérieur à -3 écarts types et inférieur à 2 écarts types par rapport à la médiane de référence définie par l'OMS en 2006, ou par un périmètre brachial égal ou supérieur à 115 mm et inférieur à 125 mm. Voir : WHO Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children (mise à jour de l'OMS sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons et les enfants). 2013 : http://www.who.int/iris/bitstream/10665/95584/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf?ua=1

MAS était estimée à 43 % et la couverture du traitement à 14 %, avec seulement 2,6 millions[5] des quelque 19 millions[2] d'enfants souffrant de MAS admis pour traitement (ou 8 % en appliquant un dénominateur différent, à savoir 2,6 millions des quelque 34,6 millions[5] d'enfants atteints de MAS ayant accédé au traitement). La couverture géographique et de traitement de la MAM est sans doute beaucoup plus faible.

Un facteur majeur contribuant à ces lacunes est la faiblesse des systèmes de santé nationaux et leur incapacité à mettre en œuvre la composante communautaire de la PCMA. Cette faiblesse a été mise en évidence lors de conférences[9,10,11], dans des examens nationaux[12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22], des synthèses[23,24,25,26], des estimations de couverture et des analyses d'obstacles[27,28,29,30,31,32]. En pratique, la prise en charge de la MAS (et parfois MAM) est mise en œuvre par les services de santé nationaux. Le volet communautaire est souvent négligé dans la conception, la dotation en moyens financiers et humains, la mise en œuvre, la supervision, le suivi et l'établissement de rapports en raison du manque d'attention accordée à l'approche communautaire de la santé dans le secteur de la santé formel. L'engagement communautaire est donc la plupart du temps mis en œuvre et/ou soutenu par les partenaires comme un « ajout » plutôt que comme base de l'approche.

Reconnaissant que la composante communautaire est au cœur même de l'approche de la PCMA pour garantir la qualité des résultats en termes de santé, les intervenants ont demandé que plus d'attention soit accordée à la communauté. Ce souhait sert de toile de fond à ce dossier technique.

L'objectif du présent dossier technique est de résumer les données, les bonnes pratiques et les leçons apprises en matière d'engagement communautaire envers la PCMA et d'autres interventions de santé pertinentes. Le dossier technique ne fournit pas de conseils pratiques détaillés, mais résume plutôt le rôle de l'engagement communautaire et explore comment il peut être renforcé dans le cadre des interventions de santé dirigées par le gouvernement. Il comporte trois sections principales : la définition de la communauté et de l'engagement communautaire en termes de PCMA ; les défis et les contraintes associés à un engagement efficace de la communauté envers la PCMA ; et les pistes possibles vers un engagement communautaire plus efficace. Il conclut en résumant les questions clés qui doivent être abordées pour repositionner l'engagement communautaire dans la PCMA.

Dans le cadre de la rédaction du présent dossier technique, nous avons entrepris un examen rapide d'ouvrages publiés et de la littérature grise. Grâce à l'analyse thématique de ces documents, nous avons dégagé des thèmes cruciaux concernant divers aspects de l'engagement communautaire. Ces thèmes clés ont été adoptés pour cadrer les discussions au cours d'une série d'entretiens téléphoniques et Skype structurés avec des intervenants clés retenus par Forum PCMA par sélection raisonnée. Les informations issues des entretiens ont été synthétisées avec l'examen de la littérature, et les thèmes qui en sont ressortis ont été organisés selon la structure du dossier technique. Une ébauche du dossier a ensuite été diffusée aux parties prenantes à des fins de commentaires, et ces observations ont été intégrées au dossier le cas échéant. Cela a conduit à une refonte substantielle du dossier, et le produit final est le fruit d'une collaboration entre Anthrologica et Forum PCMA.

2 Communauté, engagement communautaire, acteurs et systèmes communautaires

Cette section décrit les concepts de communauté, d'engagement communautaire et d'acteurs et systèmes communautaires. Elle explique comment et pourquoi l'engagement communautaire dans la prestation de services de PCMA augmente de manière significative la couverture des services et l'impact sur la santé.

2.1 Définition de la « communauté »

De nombreuses définitions de la « communauté » existent à travers un vaste corpus de littérature sociologique et anthropologique, s'appuyant sur la politique de construction de l'identité et sur l'allégeance sociale. L'absence d'une définition standard s'est révélée être un obstacle pour la programmation participative efficace des interventions liées à la santé, les différents collaborateurs émettant des hypothèses contradictoires ou incompatibles au sujet de la notion de communauté. On met souvent un accent implicite sur le dénominateur de l'emplacement, dans le but d'organiser les services ou les activités autour des centres de population afin de maximiser la couverture de la santé et l'équité. Pourtant, il convient de considérer des dimensions plus vastes de la notion de communauté : qui participe, pourquoi, comment et ce qui relie les participants sur un plan individuel et collectif. De ce point de vue, une définition utile de la communauté serait *« un groupe de personnes ayant des caractéristiques diverses et dynamiques, qui sont liées par des liens sociaux, partagent des perspectives communes et s'engagent dans une action commune dans des endroits ou des contextes géographiques*[33]*. »*

De même, la notion de services « communautaires » a de multiples interprétations en fonction de l'idée que l'on se fait de la communauté[34] :

- Communauté comme contexte d'une intervention
- Communauté comme cible ou bénéficiaire d'une intervention
- Communauté comme utilisatrice de services (à la fois activement comme demandeur de services et passivement comme récipiendaire de services)
- Communauté comme acteur, agent de changement ou fournisseur de services grâce à sa participation à la prestation de services
- Communauté comme ressource ou source de fonds

En lien avec ces divers concepts de communauté, de nombreux termes sont utilisés pour désigner les actions communautaires. Encore une fois, il n'y a pas de définition standard, et les termes sont utilisés de façon incohérente et interchangeable dans les politiques et la programmation. Cela dit, **l'encadré 1** donne un aperçu des termes les plus couramment utilisés.

Encadré 1 – Terminologie commune ayant trait aux actions communautaires

1. Sensibilisation communautaire (le terme mobilisation communautaire est également utilisé dans ce contexte)

- La sensibilisation communautaire entraîne une prise de conscience et une réactivité des gens face à des idées, événements, situations ou phénomènes, et invite les autorités dignes de confiance et les membres de la communauté à s'engager dans la diffusion d'informations et dans la lutte contre les préjugés en termes de croyances et de pratiques. Dans le passé, bien souvent les activités de sensibilisation impliquaient seulement les membres de la communauté comme répondants passifs à des instructions données par des professionnels afin d'améliorer leur santé, par exemple lors de campagnes de masse[35].

- En termes de PCMA, la sensibilisation communautaire couvre toute une gamme d'activités visant à renforcer la prise de conscience et à promouvoir la connaissance et la compréhension des causes de la maladie, sa prévention et son traitement, à favoriser un changement de comportement, et à encourager la participation active et soutenue à la conception, l'exécution et l'évaluation des interventions[36,37].

2. Participation communautaire ou implication communautaire (utilisés comme synonymes)

- La participation communautaire est apparue comme l'un des grands principes des soins de santé primaires enracinés dans la déclaration d'Alma Ata de 1978 : *« tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. »*[38].
- En lien avec les droits de l'homme fondamentaux et les principes piliers de la démocratie, la participation communautaire est définie comme *« un processus cumulatif par lequel les bénéficiaires développent des capacités de gestion et d'organisation pour accroître le contrôle qu'ils exercent sur les décisions qui affectent leurs vies »*[39].
- En termes de PCMA, la participation communautaire signifie que les membres de la communauté sont impliqués dans l'étude de faisabilité la conception, la planification, la budgétisation et l'allocation des ressources, la gestion des approvisionnements et les infrastructures, la dotation en ressources humaines grâce à des bénévoles de la communauté, la mise en œuvre, la supervision et le suivi, la production de rapports et l'évaluation des interventions de santé.

3. L'extension communautaire

- Les services d'extension communautaire sont définis comme « tout type de service de santé qui mobilise les agents de la santé afin de fournir des services à la population ou à d'autres agents sanitaires, ailleurs qu'à l'endroit où ils travaillent et vivent habituellement »[40].

En termes de PCMA, l'extension communautaire est utilisée comme terme général pour l'évaluation communautaire, la participation et la sensibilisation communautaires, le dépistage communautaire pour identifier et orienter les enfants souffrant de malnutrition aiguë dès que possible, les visites à domicile pour assurer le suivi des cas à problèmes, la recherche des cas d'abandon ainsi que l'éducation et les conseils en matière de santé et de nutrition en tête à tête ou en groupe[36].

Par souci de cohérence terminologique, le présent dossier technique adopte le terme « **engagement communautaire** » pour englober toutes les composantes communautaires de la PCMA. Par engagement, on entend **toutes les interactions avec la communauté**. On cherche à aller au-delà de la sensibilisation, de la participation et de l'extension communautaires en tant qu'activités ou résultats, pour tendre vers une collaboration et une appropriation par la communauté dans tous les aspects et à toutes les étapes de la PCMA comme partie intégrante de la prestation de services.

Dans cette optique, les communautés ne devraient plus être considérées comme des « bénéficiaires » ou des récipiendaires passifs d'une intervention, mais bien comme des participants actifs. En substance, l'engagement communautaire est un processus multidimensionnel qui nécessite un dialogue continu, où l'on apprend de la communauté autant qu'on l'éduque et qu'on l'administre. Les membres de la communauté doivent être impliqués dans le processus de prise de décisions et allouer des ressources communautaires, transformant les interventions « à base communautaire » en des interventions « que la communauté s'est appropriées »[41].

2.2 Définition de « l'engagement communautaire »

L'engagement communautaire, ou le « C » dans la PCMA, implique les activités suivantes:

- Participation communautaire à toutes les étapes de la prestation de services : étude de faisabilité, conception, planification, budgétisation et allocation des ressources, mise en œuvre, suivi, rapports et évaluation

- Sensibilisation à la promotion de bonnes pratiques en matière de nutrition, aux causes et à la prévention de la malnutrition, diagnostic et traitement de la malnutrition et incitation à rechercher le traitement
- Éducation et conseils en matière de santé et de nutrition en tête à tête ou en groupe
- Dépistage de la malnutrition aiguë au sein de la communauté
- Orientation des enfants diagnostiqués comme souffrant de malnutrition aiguë vers un spécialiste pour traitement
- Suivi des cas à problèmes, y compris la recherche de cas d'abandon
- Établissement de liens avec d'autres initiatives communautaires existantes en matière de soins promotionnels, préventifs et thérapeutiques et de filets de sécurité sociale.

En réalité, les étapes impliquées dans ces activités ne sont pas distinctes, beaucoup sont développées en même temps et se chevauchent, se répètent et se renforcent mutuellement. **L'encadré 2** fournit des exemples de processus d'engagement communautaire et **l'encadré 3** donne des exemples d'activités d'engagement communautaire dans le domaine de la PCMA. **L'encadré 4** donne un aperçu des principales lignes directrices actuellement disponibles pour la mise en œuvre de l'engagement communautaire dans le domaine de la PCMA.

Encadré 2 – Exemples de processus d'engagement communautaire

1. Établir un dialogue au sein de la communauté à des fins d'engagement et d'appropriation
2. Entreprendre une recherche formative pour obtenir des informations de référence sur les comportements, les pratiques et les éléments contextuels
3. Entreprendre des activités de conception et de planification participatives
4. Cartographier les réseaux, groupes, activités et initiatives communautaires et forger des liens pertinents
5. Assurer le recrutement, la formation et la supervision des agents de santé communautaire ou des bénévoles de la communauté et auxiliaires de santé associés (y compris en termes de rémunération, de développement personnel et de motivation)
6. Mettre en place et/ou renforcer les liens entre les acteurs communautaires et les intervenants de la santé
7. Mettre en œuvre des activités d'engagement communautaire
8. Organiser des activités de surveillance, d'information et d'évaluation (y compris l'information et la gestion des connaissances avec des boucles de réaction pour faire remonter les données)
9. Faciliter l'engagement sur la durée, l'appropriation, l'autonomisation et la durabilité

Encadré 3 – Exemples d'activités d'engagement communautaire

Sensibilisation communautaire

Sensibilisation aux questions de santé et de nutrition, aux causes de la malnutrition, à la prévention et aux options de traitement de la malnutrition, promotion du changement de comportement, incitation à la demande de services et suppression des obstacles potentiels à l'accès et à l'utilisation des services à travers toute une série de méthodes, par exemple :

- Les campagnes médiatiques. L'utilisation de médias disponibles localement (systèmes de sonorisation, théâtre, télévision, radio, panneaux d'affichage communautaires, panneaux annonceurs) pour diffuser des messages. Citons par exemple les émissions de radio pour améliorer la prise de conscience des enjeux et des services de santé existants au Népal[21], les lignes de téléassistance interactives d'information sur la santé au Myanmar[42]; et les notifications de pression de type « *push* » par textos (SMS)[43].
- Les séances de conseil de groupe. Il peut s'agir de cibler la communauté dans son ensemble ou de s'adresser à des groupes spécifiques. Les agents de santé communautaire peuvent organiser des débats généraux sur la santé au niveau des communautés et des établissements de santé ou encore des réunions communautaires sur des pratiques d'alimentation spécifiques. Les exemples incluent des démonstrations de préparation des aliments au Bangladesh[44], les journées de la nutrition dans les écoles locales et des représentations théâtrales de rue au Népal[21]. Les obstacles peuvent être abordés en s'attaquant aux problèmes identifiés (méfiance,

stigmatisation, préjugés, facteurs sociaux et culturels) et en générant un soutien avec l'aide des leaders d'opinion au sein de la communauté et des groupes sociaux, comme les groupes de pairs constitués d'hommes et les décideurs au Pakistan[20], ou encore les membres influents de la famille , comme les belles-mères et les grands-mères en Éthiopie[44].

- Les visites à domicile et les séances de conseil individuelles. Les séances individuelles prodiguées aux soignants peuvent entraîner un changement de comportement et une réduction des pratiques d'alimentation, de santé et d'hygiène inappropriées, et peuvent faciliter le suivi des cas problématiques et des orientations vers des centres de soins, comme au Pakistan[20].
- La promotion de la santé pilotée par la communauté. En Éthiopie, par exemple, des membres d'associations de femmes et des organisations confessionnelles ont été formés pour promouvoir les bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE). On a distribué aux femmes de l'Armée pour le développement de la santé (Health Development Army) des cartes de nutrition contenant des messages d'ANJE et des enseignants tout comme des étudiants ont reçu une formation sur les pratiques d'alimentation recommandées[19].

Participation communautaire

Les communautés sont impliquées dans toutes les étapes de la prestation de services, par exemple :

- la cartographie des initiatives communautaires existantes ainsi que des acteurs et de leurs capacités
- l'implication organisée et planifiée des acteurs communautaires dans la mise en œuvre de services de la PCMA, avec des rôles et des responsabilités bien définis dans le cadre du cycle de planification et de mise en œuvre (étude de faisabilité, conception, budget et affectation des ressources, gestion des approvisionnements, mise en œuvre des interventions, suivi, évaluation et production de rapports)
- les bénévoles communautaires sont sélectionnés et formés à la prestation de services

Extension communautaire

Le dépistage en vue de la détection précoce de la malnutrition aiguë et de l'orientation pour traitement est effectué au cours d'une grande variété d'activités, notamment :

- le dépistage de masse lors d'événements, par exemple lors des campagnes de vaccination et de distribution de vitamine A au Népal[21], des journées de santé et de vaccination des enfants, lors des jours de marché et de funérailles en Éthiopie[19,23]
- les visites de porte à porte pour le dépistage actif des cas, par exemple par des travailleurs communautaires en Éthiopie[19,23]
- le dépistage étendu parmi les groupes cibles. Au Niger, les recherches en cours révèlent l'impact positif de l'autonomisation des femmes qui ont appris à détecter la malnutrition aiguë en utilisant le périmètre brachial (PB)[45]
- l'implication des leaders d'opinion pour accroître la capacité de la communauté à se livrer au dépistage et à l'orientation vers un centre de soins. Au Mozambique, les leaders communautaires, les médecins traditionnels et les enseignants ont été formés à reconnaître et à référer les enfants souffrant de malnutrition, ce qui a permis une augmentation du nombre de cas se présentant aux centres de santé [25]
- les visites à domicile permettent le suivi direct des cas à problèmes ou des abandons au cas par cas, comme en Éthiopie[19] et au Pakistan[20]
- le soutien du groupe pour surmonter les obstacles à l'adoption des services et leur utilisation : par exemple, les réunions des groupes de femmes encouragent les cas d'abandon à adhérer à nouveau au programme au Pakistan[20]

Encadré 4 – Sélection de guides techniques

Valid International (2006). Community-based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual[46] (Soins thérapeutiques communautaires (STC) – Un manuel de terrain)
http://www.validinternational.org/demo/reports//CTC/CTC%20Manual%20and%20Annexes.zip
Un guide pratique qui vise à aider les professionnels de la santé et de la nutrition à concevoir, mettre en œuvre et évaluer les programmes de STC, y compris à élaborer des listes de vérification et des protocoles. Il explique comment les composants s'assemblent ; comment un programme évolue ; les éléments pratiques de la planification, de la dotation en ressources humaines, de l'équipement et de l'approvisionnement ; les groupes cibles et les critères d'admission ; les protocoles et les procédures ; la collecte de données ; et le suivi-évaluation. Il s'adresse tout particulièrement aux ONG qui travaillent avec les ministères locaux et nationaux de la Santé pour mettre en œuvre des programmes dans des contextes d'urgence.

Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA) (2008). Guide de formation à la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë[36]
http://www.fhi360.org/resource/training-guide-community-based-management-acute-malnutrition-cmam-pdf-french
Ce guide de formation complet vise à accroître les connaissances et à renforcer les compétences pratiques des gestionnaires et des prestataires de soins de santé qui gèrent, supervisent et mettent en œuvre la PCMA. Il couvre huit modules sur 10,5 jours de formation et comprend l'extension communautaire, les soins ambulatoires et hospitaliers pour la MAS et l'alimentation supplémentaire dans un contexte de malnutrition aiguë modérée (MAM) dans le cadre de la PCMA. Il traduitla nécessité d'adapter la PCMA à des contextes non urgents de manière intégrée, avec un soutien varié externe et de la part des ONG.

CORE Group (2009). Community-based Integrated Management of Childhood Illness (C-IMCI) Program Guidance[47] (Programme d'orientation sur la prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant (PCIME))
http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/C-IMCI_Policy_Guidance_Jan%202009.pdf
Ce document donne un aperçu de la PCIME : son développement, ses composants, ses avantages et les raisons qui expliquent son utilisation. Il est destiné aux ministères de la Santé et préconise que ces derniers fassent appel à des ONG en guise de partenaires d'exécution afin de disposer de leur savoir-faire et de leurs capacités.

Emergency Nutrition Network (ENN) Infant Feeding in Emergencies (Alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence) **Core Group (2009). Integration of IYCF support into CMAM: Facilitators Guide**[48] (Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA : Guide de l'animateur)
http://files.ennonline.net/attachments/938/iycf-cmam-facilitators-us-final.pdf
Ce guide pratique a pour but de former le personnel et les agents de santé communautaire à l'intégration des pratiques d'ANJE recommandées dans la PCMA. Il fournit aux participants les compétences de base en orientation et les connaissances techniques au sujet des pratiques d'ANJE recommandées, et s'articule autour de trois modules de trois jours.

CORE Group (2009). Community Case Management Essentials: A Guide for Program Managers[49] (Principes essentiels de la prise en charge des cas au niveau communautaire : Guide à l'intention des gestionnaires de programme)
http://www.coregroup.org/storage/documents/CCM/CCMbook-internet2.pdf
Ce guide vise à donner des conseils opérationnels – une sorte de mode d'emploi – aux gestionnaires de programme en termes de conception, de planification, de mise en œuvre, de suivi et de plaidoyer pour une prise en charge des cas au niveau communautaire (PCC) qui réponde aux besoins locaux. Le document explique comment prendre des décisions liées au démarrage d'un nouveau programme, améliorer un programme existant ou élargir la PCC à de nouvelles zones géographiques. Il propose des sections sur la mise en place d'un environnement social et politique favorable et sur l'amélioration de l'accès, la disponibilité, la qualité et l'utilisation de la PCC.

FANTA (2010). Generic Guidelines and Job Aids for CMAM[50] (Directives générales et outils de travail pour la PCMA)

http://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/generic-cmam-materials
FANTA a travaillé avec des partenaires pour créer un ensemble de lignes directrices et d'outils de travail sur la PCMA qui peuvent être adaptés au niveau des pays à l'aide des lignes directrices nationales, des considérations locales et des recommandations de l'OMS. Il comprend des modèles de lignes directrices et des outils de travail tels que des formulaires, des rapports et des aides à la formation.

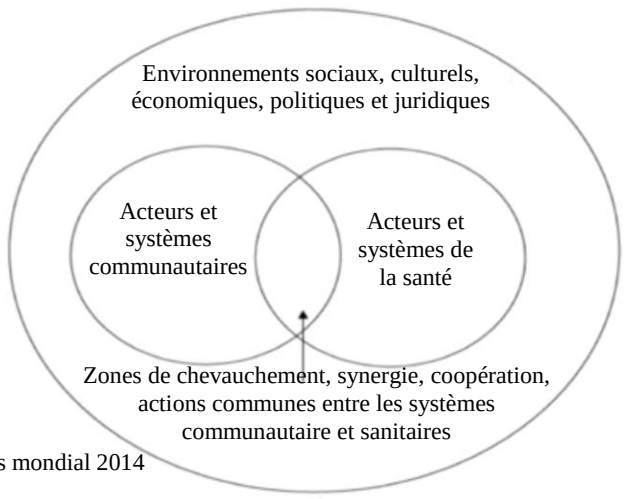
Global Nutrition Cluster (GNC) (2011). Module 13: Management of SAM, in The Harmonised Training Package (HTP): Resource Material for Training on Nutrition in Emergencies[51] (Module 13 – Prise en charge de la MAS, dans la Trousse de formation harmonisée (HTP) : Ressources pour la formation sur la nutrition dans les situations d'urgence)
http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/Module_13_pdf.zip
Une ressource pour les formateurs (plutôt qu'un module de formation « générique ») qui rassemble des politiques et des directives techniques, en reconnaissant le rôle clé de la « mobilisation, du dépistage et de la sensibilisation au niveau communautaire ». Le document considère la PCMA du point de vue des agences qui la mettent en oeuvre par des moyens qui facilitent l'intégration du secteur de la santé, le déploiement à l'échelle nationale et la durabilité.

Infant and Young Child Nutrition Project (2011). Mobilizing Communities for Improved Nutrition: A Guide for Community Leaders[52] (Mobiliser les communautés pour une meilleure nutrition : Guide à l'intention des dirigeants communautaires)
http://iycn.wpengine.netdna-cdn.com/files/IYCN_Mobilizing-Communities-for-Improved-Nutrition-Training-Manual-and-Participant-Guide-for-Community-Leaders_0711.pdf
Ce manuel donne des instructions pour organiser un atelier d'une journée avec les dirigeants communautaires dans l'optique de soutenir et d'améliorer la santé et le bien-être des enfants grâce à une meilleure nutrition. Il vise à aider les dirigeants à diffuser des informations dans leurs communautés, à susciter la discussion et la réflexion sur des sujets liés à la nutrition et à encourager les familles à bien nourrir leurs enfants. Il fournit des informations simples sur la nutrition et le rôle des chefs communautaires, ainsi que des outils pratiques tels que des modèles de plans de travail, de plans d'activités stratégiques et de formulaires de rapport.

2.3 Définition des « acteurs communautaires » et des « systèmes communautaires »

L'engagement communautaire envers la PCMA implique une interaction avec de multiples acteurs dans des environnements sociaux, culturels, économiques, politiques et juridiques. La **figure 1** illustre la façon dont la communauté, les acteurs et les systèmes de santé interagissent et fonctionnent ensemble, influençant les déterminants sanitaires et les activités qui améliorent la santé[53].

Figure 1 : Relation entre les acteurs et systèmes communautaires et sanitaires


Environnements sociaux, culturels, économiques, politiques et juridiques
Acteurs et systèmes communautaires
Acteurs et systèmes de la santé
Zones de chevauchement, synergie, coopération, actions communes entre les systèmes communautaire et sanitaires

Source : Fonds mondial 2014

Les **acteurs communautaires** sont des individus, des groupes ou des organisations qui agissent au niveau de la communauté pour fournir des services communautaires, mettre en œuvre des activités communautaires et promouvoir l'amélioration des pratiques et des politiques. Il s'agit d'organisations, de groupes et d'individus de la société civile qui travaillent avec les communautés, notamment les organisations communautaires, les ONG, les groupes confessionnels et les réseaux ou associations de personnes touchées par certains problèmes de santé tels que le VIH, la tuberculose, le paludisme et la sous-nutrition. Les acteurs communautaires sont aussi des acteurs des secteurs public et privé qui travaillent en partenariat avec la société civile pour appuyer la prestation de services communautaires, par exemple les instances gouvernementales locales, des entrepreneurs et des coopératives communautaires et des réseaux sociaux tels que des réseaux de femmes et de jeunes[53].

Participation et rôle des acteurs communautaires dans la prestation de soins de santé [54]

De nombreux acteurs communautaires sont impliqués dans la fourniture de soins de santé. Il peut s'agir :

- **De fonctionnaires** du secteur de la santé publique (par exemple, les travailleuses de la santé au Pakistan, les agents de vulgarisation de la santé en Éthiopie)
- **d'employés d'organisations de la société civile** (par exemple, les agents de santé communautaire engagés dans des projets d'ONG comme les projets de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire
- **d'employés du secteur privé de la santé** (par exemple, les travailleurs de la santé engagés dans des cliniques privées)
- **de travailleurs indépendants** (par exemple, les vendeurs de médicaments, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles)
- **de bénévoles** engagés par leurs communautés ou des organisations de la société civile pour servir leurs communautés (par exemple, les travailleurs de la santé des villages en Inde, les bénévoles de la Croix-Rouge/Croissant-Rouge)

Les acteurs communautaires impliqués dans la prestation de soins de santé travaillent et vivent habituellement dans leurs communautés d'origine et s'engagent dans la promotion, la prévention et/ou des activités de soins thérapeutiques. Ils peuvent également s'engager dans la prestation de services au sein d'établissements de santé (par exemple, les assistants de nutrition engagés par les partenaires PCMA pour prodiguer des conseils ou encore des conseillers sur l'observance du traitement engagés par les programmes de VIH). Ils sont organisés, formés et supervisés par les entités qui les engagent. Certains acteurs communautaires impliqués dans la prestation de soins de santé sont employés par le secteur public ou privé, notamment des organisations de la société civile. D'autres sont des bénévoles qui ne reçoivent pas de salaire régulier, mais peuvent toucher une indemnisation pour couvrir leurs dépenses, ou des incitations non monétaires tels que des vêtements ou des fournitures.

Dans ce dossier technique, le terme **agent de santé communautaire (ASC)** désigne un travailleur de la santé rémunéré alors que **bénévole (de santé) communautaire** désigne un agent de la santé non rémunéré. Les deux œuvrent à la prestation de soins de santé au niveau communautaire.

Les **systèmes communautaires** sont des structures et des mécanismes par lesquels les membres de la communauté, les organisations et les groupes communautaires interagissent et coordonnent leurs interventions pour faire face aux défis qui touchent leurs communautés et répondre aux besoins de celles-ci. Les systèmes communautaires peuvent être à petite échelle ou informels. D'autres peuvent être plus étendus ; fonctionner comme des réseaux entre plusieurs organisations et peuvent impliquer différents sous-systèmes[54].

Le **renforcement des systèmes communautaires (RSC)** favorise le développement de communautés, d'organisations et de groupes et structures communautaires bien informés, coordonnés et compétents.

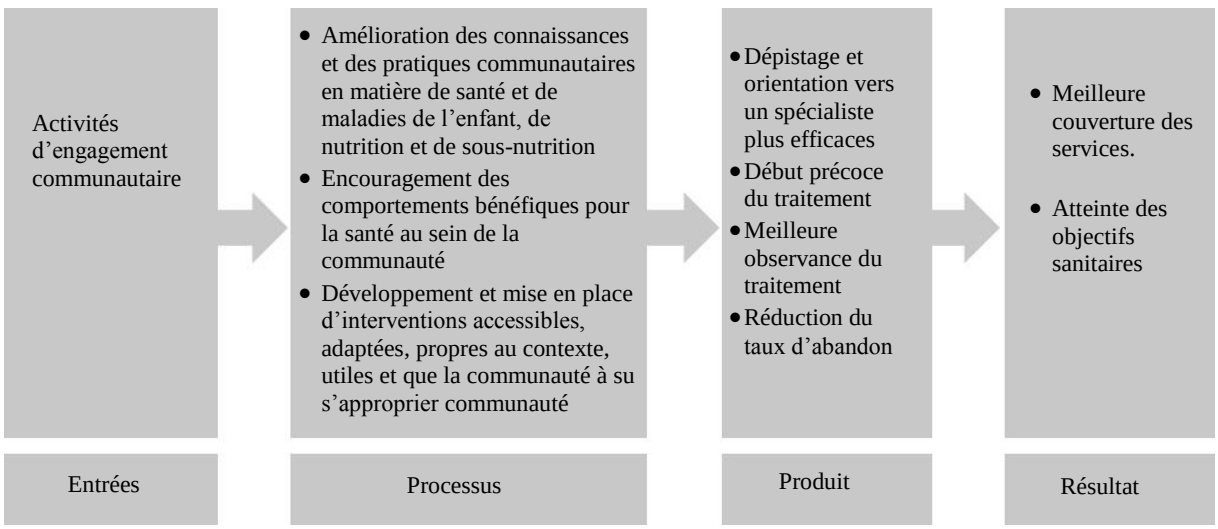
Le RSC permet à un vaste éventail d'acteurs de la communauté de contribuer en tant que partenaires égaux à la viabilité à long terme des interventions du secteur de la santé et autres, au niveau communautaire, et fournit un environnement favorable et réactif au sein duquel ces contributions peuvent se révéler efficaces. Le but du RSC est de parvenir à de meilleurs résultats de santé en développant le rôle des populations, des communautés et des organisations communautaires clés dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services et des activités liés à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien des personnes touchées par les principaux problèmes de santé[54].

Les **ressources humaines** au niveau local sont la clé de l'engagement communautaire envers la PCMA et ont une incidence significative sur sa mise à l'échelle et sur sa qualité. Cependant, la disponibilité et l'implication de ces ressources varient considérablement. Dans certains pays, le secteur de la santé publique s'engage fortement dans la prestation de soins de santé à base communautaire et dispose d'un personnel de santé communautaire bien établi (par exemple, le Brésil, l'Éthiopie, le Népal, le Pakistan), alors que dans d'autres, on n'observe que peu d'interaction formelle au niveau de la communauté. Dans ce dernier cas, les ONG et les organisations communautaires peuvent assumer ces tâches dans des domaines ciblés. Par exemple, la politique nationale de santé du Niger planifie un système de personnel de liaison communautaire, les relais communautaires, employé par les autorités locales, les services de santé locaux ou la communauté et rémunérés grâce aux honoraires perçus pour les services de santé. Comme ce système financier n'est pas encore mis en œuvre, les ONG comblent l'écart représenté par le manque de soutien de la communauté et versent des incitations à des bénévoles de la communauté, ou emploient directement des ASC. Au niveau mondial, le bénévolat a été au centre des débats lors des ateliers internationaux sur l'intégration de la PCMA[9,10] en 2008 et 2011 et la nécessité de renforcer la main-d'œuvre à base communautaire a été identifiée comme essentielle pour améliorer l'engagement communautaire envers la PCMA au cours de la Conférence internationale sur la MAS du Coverage Monitoring Network (CMN) en 2013[11].

2.4 L'importance de l'engagement communautaire pour une prestation de services de PCMA efficace

Les activités d'engagement communautaire débouchent sur de nombreux résultats positifs pour la prise en charge de la malnutrition aiguë et peuvent augmenter considérablement la couverture des services et améliorer l'impact sur les résultats sanitaires[55]. La **figure 2** montre le cycle de l'engagement communautaire avec les entrées, les processus, les produits et les résultats du projet.

Figure 2 : Exemple d'un cycle de projet d'engagement communautaire


Activités d'engagement communautaire
Amélioration des connaissances et des pratiques communautaires en matière de santé et de maladies de l'enfant, de nutrition et de sous-nutrition
Encouragement des comportements bénéfiques pour la santé au sein de la communauté
Développement et mise en place d'interventions accessibles, adaptées, propres au contexte, utiles et que la communauté à su s'approprier communauté
Dépistage et orientation vers un spécialiste plus efficaces
Début précoce du traitement
Meilleure observance du traitement
Réduction du taux d'abandon
Meilleure couverture des services.
Atteinte des objectifs sanitaires
Entrées
Processus
Produit
Résultat

Des enquêtes de couverture récentes mettent en évidence les principaux facteurs qui exercent un impact positif sur la couverture du traitement de la MAS, notamment : une bonne connaissance et une bonne compréhension de l'intervention de santé par la population locale ; le soutien actif de ces interventions de santé par des personnages influents de la communauté ; et le dépistage dynamique et régulier effectué par des bénévoles motivés. Vous trouverez des exemples dans **l'encadré 5**.

Inversement, les obstacles communs à une couverture de traitement efficace sont notamment le manque de sensibilisation à la malnutrition, une connaissance limitée de l'intervention de santé et l'inadéquation entre la définition de cas justifiant l'admission et la compréhension du problème de santé en question par la communauté[56]. Il a été démontré qu'un manque d'engagement de la communauté menait à des taux de couverture de traitement très faibles, comme on a pu le voir dans le cas des programmes de Matam au Sénégal[30], de Batha au Tchad[28] et de Danané en Côte d'Ivoire[57].

Encadré 5 – L'influence de l'engagement communautaire sur la couverture du traitement

Angola – L'évaluation de la couverture en 2013 (en appliquant la méthode de l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)) a évalué la couverture à Huambo à 82,1 %. L'engagement communautaire a joué un rôle clé dans ce domaine, notamment à travers la coordination et la collaboration avec des groupes locaux, y compris les mères, les dirigeants communautaires et les églises[29].

Nigéria - En 2012, l'État de Gombe a connu des taux élevés d'abandon et a accusé un mauvais état nutritionnel constant. Dans les zones où les cas d'abandon ont pu être retrouvés et réinscrits au traitement via une stratégie solide d'engagement communautaire, les taux de malnutrition aiguë ont baissé. Ces résultats soulignent la nécessité de privilégier un engagement communautaire assidu et des activités de suivi afin de minimiser les cas d'abandon et ses résultats néfastes sur la santé[58].

En plus d'améliorer les effets et la couverture des services, il a été prouvé qu'un engagement communautaire efficace dans le cadre de l'ensemble des interventions apportait d'autres avantages importants. Il peut entre autres :

- **améliorer le rapport coût-efficacité** des interventions de MAS et de MAM par l'intégration des services. Une étude menée au Bangladesh a démontré que l'ajout de la PCMA à un programme de santé et de nutrition à base communautaire réduisait le coût moyen de rétablissement par enfant atteint de MAS au sein de la communauté à un sixième du coût de traitement en milieu hospitalier[59].
- **accroître la durabilité** grâce à une meilleure appropriation par la communauté comme l'illustre un examen du rôle de la participation de la communauté à l'accroissement du taux d'adoption et de la durabilité des interventions nutritionnelles en termes de survie des enfants et d'anémie[60].
- **augmenter l'équité des services** car la planification, la mise en œuvre et le suivi participatifs permettent de prendre en charge l'identification et le ciblage des enfants les plus vulnérables[23], tout en élaborant des stratégies possibles pour les atteindre[5].
- **renforcer la responsabilisation** à de nombreux niveaux et encourager la participation comme élément essentiel d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme[61].

3 Les défis d'un engagement communautaire efficace envers la PCMA

Malgré le rôle central reconnu de l'engagement communautaire quant à la prise en charge efficace de la malnutrition aiguë, de nombreux défis subsistent dans sa mise en œuvre. Les parties prenantes ont trouvé que transposer le concept de l'engagement communautaire dans des actions concrètes et tangibles était un processus difficile[25], ce qui a un impact significatif sur l'efficacité et la couverture de la PCMA. Cette section traite des défis auxquels doit faire face l'engagement communautaire efficace envers la PCMA, explorant les thèmes du leadership, du financement, de la main-d'œuvre et de l'information. Alors que les défis varient selon le contexte, un certain nombre d'exemples ont été choisis en fonction de thèmes communs découlant de l'examen de la littérature et des discussions avec des informateurs clés qui ont été menées lors de l'élaboration de ce dossier.

3.1 Déséquilibre des priorités de l'engagement communautaire

Le sous-développement des activités d'engagement communautaire (des ministères de la Santé aussi bien que des partenaires) a souvent été attribué au manque de capacités et de ressources nationales dans un contexte de systèmes de santé peu performants et de priorités sanitaires concurrentes. Par conséquent, les activités au niveau de la communauté se résument souvent à des programmes verticaux spécifiques à des maladies ou des soins administrés par des ONG et/ou pris en charge par les agences des Nations Unies. Les coûts associés à l'engagement efficace de la communauté sont, cependant, beaucoup moins élevés que ceux requis pour la prestation de services aux patients hospitalisés ou ceux représentés par les produits thérapeutiques ; il ne s'agit donc pas simplement d'une question de capacités, de ressources ou de coût-efficacité, mais aussi de priorités et de volonté politique.

Les raisons pour lesquelles l'engagement communautaire n'a pas fait partie des priorités dans le passé sont diverses : les partenaires d'exécution n'avaient pas les compétences nécessaires ; les gouvernements n'avaient ni les capacités ni les ressources ; le financement s'est essentiellement limité aux interventions d'urgence et l'accent a été mis sur la prestation de services rapide pour sauver des vies. En outre, le manque généralisé de personnel de santé a mené à un transfert des tâches des agents de santé communautaire qui sont devenus de plus en plus impliqués dans les soins curatifs au niveau de l'établissement, au détriment toutefois de la prise en charge du traitement préventif par la communauté et de l'engagement communautaire. Après Alma Ata, l'attention s'est tournée vers les systèmes de santé communautaire, mais cet intérêt a ensuite perdu de son élan dans les années 1980. Or, l'émergence d'initiatives et de programmes de santé récents au niveau mondial a donné un regain d'énergie aux approches communautaires.

Dans le cas de la PCMA, les ressources sont généralement orientées vers des activités de soutien des interventions de traitement telles que l'achat d'ATPE, l'élaboration de protocoles de traitement efficaces et la formation des travailleurs de la santé. Ces activités sont perçues comme ayant des résultats plus rapides, plus « concrets », et comme étant plus faciles à quantifier et à rapporter. En conséquence, l'efficacité des soins et leur impact sont souvent évalués par rapport à ces activités et non par la façon dont les besoins sont satisfaits au niveau de la communauté.

Cette perspective étroite est liée à une compréhension biaisée de ce que représente l'engagement de la communauté et ne tient pas compte de ses impacts spécifiques sur la santé ni des conséquences sur les soins. De ce fait, il est facile de rejeter l'engagement communautaire comme étant non essentiel, ou de n'inclure dans la programmation que les activités de base ou purement symboliques pour « cocher la case », sans s'engager véritablement au sein de la communauté.

3.2 Insuffisance des politiques et des directives techniques

Si des directives techniques mondiales sont effectivement disponibles (voir **l'encadré 4**), le contexte de la mise en œuvre de la PCMA a radicalement changé au cours des dernières années, et les directives n'ont pas été adaptées à l'approche intégrée ou pilotée par le gouvernement.

Traduire les directives techniques en politiques et en lignes directrices nationales détaillées s'est également révélé difficile, en particulier compte tenu de la diversité des services de santé communautaires et des modalités variées de la mise en œuvre de la PCMA, de la prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et de la prise en charge intégrée des cas dans la communauté (PEC-C). Des conseils contradictoires, et le fait que les différents partenaires de la PCMA utilisent une multiplicité de lignes directrices et de termes techniques en matière d'engagement communautaire, ont engendré un climat de confusion avec un impact potentiellement négatif sur les communautés et leurs services[10]. Au Mali, par exemple, les différentes pratiques de dépistage en centre de santé d'une part et en milieu communautaire d'autre part ont fait que des gens ont été refoulés par les sites de traitement, ce qui s'est traduit par un faible taux de couverture[13].

Les lignes directrices en matière de PCMA sur l'engagement communautaire sont soit inexistantes, soit tout au moins insuffisamment détaillées dans de nombreux pays, ce qui pose un défi important aux responsables de la mise en œuvre. Encore une fois, l'élément le plus faible des directives existantes tend à être l'engagement communautaire. Par exemple, jusqu'à récemment au Népal, les directives nationales couvraient les soins ambulatoires et hospitaliers dans le détail, mais restaient quasiment muettes sur l'engagement communautaire et le rôle du personnel et des bénévoles[21].

3.3 Financement non fiable et/ou à court terme

L'engagement communautaire est en outre limité en raison de la façon dont sont financées les activités. Les budgets nationaux alloués à la PCMA augmentent, mais il reste une forte dépendance à l'égard des fonds internationaux qui ont généralement des cycles de financement à court terme pour les mesures humanitaires, sont renouvelables sur une base annuelle ou semestrielle, et aboutissent souvent à des manques de financement entre les contrats. Toutefois, l'intérêt des bailleurs de fonds dans le développement est en hausse et un bailleur majeur a récemment modifié ses conditions en décidant de fournir un financement sur 5 ans. Les flux de financement pour la PCMA, y compris pour l'engagement communautaire, ne se font presque jamais au moyen de fonds communs de santé, mais sont gérés la plupart du temps par des systèmes de financement parallèles. Ils font rarement partie des approches sectorielles (SWAP)[ii]. Cependant, étant donné que la PCMA est de plus en plus intégrée aux services de santé de routine, les lignes budgétaires du ministère de la Santé en matière de traitement, de supervision et de suivi peuvent être absorbées par le budget ordinaire pour les interventions de santé maternelle et infantile (SMI).

[ii] Aux termes de l'approche sectorielle (SWAP), les fonds d'un projet contribuent directement à une organisation faîtière propre à un secteur et sont liés à une politique sectorielle définie sous l'égide d'une autorité publique. En substance, une approche sectorielle appelle un partenariat au sein duquel le gouvernement et les agences de développement améliorent leurs relations (avec un leadership public plus distinct), en collaborant plus étroitement à l'élaboration des politiques et en s'attardant moins sur les détails de leur mise en œuvre. Les caractéristiques clés de l'approche sectorielle devraient inclure les éléments suivants : i) un gouvernement partenaire qui dirige clairement le programme et se l'approprie ; et ii) un effort commun par les partenaires extérieurs en appui du programme, y compris la couverture de tous les besoins de financement du secteur, ou la majeure partie, pour appuyer le programme de dépenses publiques et les politiques harmonisées du gouvernement. Au fil du temps, certaines approches sectorielles évoluent vers l'utilisation de procédures gouvernementales pour la mise en œuvre et le décaissement des fonds. Voir : WHO Trade, foreign policy, diplomacy and health : http://www.who.int/trade/glossary/story081/en/

L'engagement communautaire est le plus souvent pris en charge par des ONG et/ou des organisations communautaires (OC), le secteur officiel de la santé ne disposant que de faibles composantes en termes de santé communautaire, voire aucune. C'est la raison pour laquelle les stratégies d'intervention en santé communautaire peuvent conduire à des systèmes parallèles et à une coordination compliquée[5]. Bien que le gouvernement soutienne de plus en plus l'engagement communautaire envers la PCMA, ces mesures ne sont plus durables lorsque les ONG se retirent ou que le financement prend fin. Les cycles de financement à court terme font souvent l'objet d'une pression inhérente pour des résultats rapides, ce qui limite les investissements dans les composantes communautaires de la PCMA, étant donné que ceux-ci sont considérés comme ayant des résultats plus lents, moins tangibles. Il est ainsi difficile de planifier ou d'intégrer les activités[9] et de les déployer à grande échelle, une attention insuffisante ayant été accordée à l'élaboration de stratégies durables.

L'engagement communautaire étant un processus continu et permanent, il nécessite un financement à plus long terme et plus créatif et des mesures de responsabilisation appropriées pour encourager la durabilité.

3.4 Les défis posés par la gestion des agents de santé communautaire et des bénévoles

Les défis associés à la gestion des bénévoles et des agents de santé communautaire sont considérés comme un autre obstacle majeur à l'engagement communautaire envers la PCMA, et envers d'autres services et initiatives communautaires. Les équipes de gestion de la santé de district et les agents de santé chargés de l'engagement communautaire jouent un rôle crucial dans la gestion des activités au niveau communautaire. Bien qu'ils se livrent à des activités d'extension sanitaire (par exemple dans le cadre du programme élargi de vaccination et des campagnes de santé ou de santé reproductive), ils sont souvent moins enclins à s'impliquer dans l'engagement communautaire. Parmi les raisons qui peuvent expliquer ce constat figurent : un manque de compétences, une lourde charge de travail, un manque de ressources ou de moyens de déplacement et des contraintes associées au profil de poste. On observe également des problèmes liés à la résistance institutionnelle et au maintien de la motivation et du niveau de performances[62], en particulier en l'absence de politiques, de lignes directrices et de réglementation claires[63]. Les préoccupations et les défis majeurs dans la gestion des bénévoles et des agents de santé communautaire sont les suivants :

- **Fidélisation et motivation** : L'intensité des activités d'engagement communautaire varie considérablement et pose problème sur de longues périodes lorsque la motivation diminue, en particulier dans le cas des bénévoles communautaires. Le niveau d'implication des bénévoles communautaires n'est pas toujours réaliste dès le départ, et l'enthousiasme et l'engagement font rarement long feu, d'autant plus qu'on rapporte souvent un manque d'incitations pour compenser le temps investi[18]. En retour, le niveau d'efforts (tâches) demandé aux bénévoles communautaires n'est souvent pas réaliste ; en effet, il n'est pas rare que la même personne soit impliquée dans différentes initiatives et campagnes parallèles. Un roulement élevé étant une caractéristique clé du bénévolat, il devrait être pris en considération dans les stratégies de renforcement des capacités.

- **Incitations et rémunération** : Les incitations proposées aux bénévoles communautaires font l'objet d'un vaste débat, en particulier en termes de durabilité et de responsabilisation. Il est, cependant, fort difficile de faire travailler les bénévoles communautaires sans rémunération. Ceci est particulièrement pertinent dans un contexte où les mécanismes de financement sont basés sur le nombre de cas de malnutrition aiguë diagnostiqués, comme au Niger. Dans certains contextes, les bénévoles sont inactifs en raison d'un manque d'incitations ou lorsque les incitations offertes ne correspondent pas à leurs attentes de récompense financière ou non monétaire. En Somalie, par exemple, les incitations ont eu un effet négatif, ayant encouragé les agents de santé

communautaire à parcourir des zones plus étendues pour rechercher les cas, zones qui, en pratique, sont trop vastes pour être couvertes efficacement. Les exemples du Malawi et du Niger suggèrent que les incitations coûteuses peuvent limiter la viabilité des programmes dirigés par le gouvernement[25,64]. En outre, les ATPE possèdent une grande valeur marchande et on s'inquiète au sujet de la capacité des agents de santé à résister aux pressions sociales liées à la distribution des produits au sein de la communauté[24]. Les incitations versées au personnel de santé salarié des ONG sont tout aussi controversées ; elles sont souvent jugées nécessaires pour s'assurer que le travail est terminé, mais peuvent se révéler préjudiciables.

- **Surcharge de travail** : L'ajout de la malnutrition aiguë au portefeuille des interventions de santé dans la communauté risque d'entraîner le surmenage des agents de santé communautaire et des bénévoles, avec un impact négatif sur la qualité et la couverture des soins, la motivation et le taux d'attrition. Au Malawi, par exemple, les agents de santé communautaire ont souvent dû accomplir des tâches dépassant le cadre de leurs attributions et différentes entités (les ONG et le ministère de la Santé) ont été impliquées dans leur formation et dans la gestion et le paiement des incitations[64].

- **Supervision, qualité des soins, évaluation des performances** : Dans de nombreux contextes, la supervision et le contrôle de l'exécution des activités au niveau communautaire sont inadéquats et les liens entre l'établissement de santé local d'une part et les agents de santé communautaire et les bénévoles d'autre part peuvent être fragiles. Au Népal, par exemple, l'éloignement géographique et le manque de capacités du ministère de la Santé ont rendu difficile le suivi des performances du personnel[64]. Les agents communautaires ont également rapporté qu'ils ont annulé leurs visites à domicile et les activités de suivi à cause d'un manque d'opportunités de formation de formation[65]. Les connaissances et la performance des agents de santé communautaire peuvent être très variables et ont des conséquences profondes si, par exemple, ils orientent mal un enfant à qui on refuse ensuite l'accès aux services parce qu'il ne répond pas aux critères d'admission. De mauvais mécanismes de supervision, y compris un manque d'évaluation des performances, peuvent entraîner un manque de responsabilisation, notamment dans le cas des bénévoles qui travaillent à l'extérieur du système de santé formel avec peu de soutien ou de contrôle.

- **Transfert des tâches efficace et approprié** : la délégation des tâches à des travailleurs communautaires est en cours dans certains pays afin de remédier à la pénurie de ressources humaines et d'étendre les soins dans les communautés. En termes de PCMA, cela implique généralement de confier plus de responsabilités aux agents et aux bénévoles de la santé communautaire de sorte que, en plus du dépistage communautaire, de l'orientation et du suivi, ils assurent des tâches telles que le diagnostic, le triage et le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë[66]. Cette délégation des tâches semble apporter des améliorations aux résultats de santé[67], cependant, d'importants défis et préoccupations subsistent en matière de qualité et de sécurité. Le transfert de tâches aux agents communautaires augmente le besoin de formation, d'encadrement et de soutien, d'incitations, d'approvisionnement et d'équipement, et implique aussi des changements dans les processus d'orientation. Les avis divergent également quant au degré de délégation efficace possible, par exemple en ce qui concerne la prescription d'antibiotiques.

- **Coordination des tâches concurrentes :** De nombreuses agences, tant gouvernementales que non gouvernementales, déploient des agents et des bénévoles de santé communautaire dont les réseaux se chevauchent, ne sont pas toujours coordonnés et ont souvent des objectifs contradictoires. On estime que le même agent ou bénévole de santé communautaire doit remplir de nombreuses responsabilités différentes. Des campagnes bien rémunérées et des formations

spécifiques (qui peuvent fournir une source de revenus au moyen d'indemnités journalières) peuvent également perturber la routine du travail communautaire.

3.5 Manque d'acteurs de la communauté suffisamment qualifiés dans le secteur de la santé

Le défi posé par le manque de ressources humaines dédiées à la santé a été reconnu dans de nombreux forums comme étant l'un des principaux obstacles à la mise à l'échelle de la PCMA, avec un effet négatif sur l'engagement communautaire[9,25,11]. Les défis communs en matière de ressources humaines, valables aussi bien dans le cas des agents de santé communautaire que des bénévoles, sont les suivants :

- **Personnel insuffisant** : Les systèmes d'agents de santé communautaire, s'ils existent, sont souvent précaires, et le nombre de travailleurs est trop restreint. Dans les pratiques courantes, le transfert des tâches permet de combler les lacunes en matière de ressources humaines. Généralement, un ASC employé par le ministère la Santé travaille dans les établissements de santé pour remplacer les infirmières et soutenir le travail clinique, alors que les bénévoles reprennent les activités de santé communautaires et on leur demande souvent de soutenir les activités des établissements de santé.

- **Expertise et ensembles de compétences limités** : Les agents de santé communautaire ont souvent une éducation formelle limitée et de nombreux bénévoles sont analphabètes. Cela complique la formation ainsi que la pratique et la gestion quotidiennes (par exemple, le respect des procédures, la gestion des stocks et l'établissement de rapports). Le niveau de formation peut être insuffisant ou bien la formation peut avoir été dispensée aux mauvaises personnes, et le roulement élevé de personnel augmente la nécessité d'une formation régulière et répétitive sur le tas et d'un accompagnement dans le domaine de la PCMA. Les variations de contenus de la formation, les différentes compétences et qualifications des formateurs et les capacités des personnes formées peuvent affaiblir la qualité de la formation et aboutir à des conseils contradictoires qui peuvent affecter négativement l'acceptation du programme par la communauté et l'utilisation des services.

- **Roulement et taux d'attrition élevés** : Le roulement du personnel est particulièrement élevé dans les zones rurales et éloignées qui manquent de ressources, mais cela peut aussi être dû à d'autres facteurs tels que l'attrait du secteur privé, les salaires gonflés offerts par les agences des Nations Unies et les ONG internationales, et une réticence à être envoyé travailler à l'extérieur des centres urbains.

- **Engagement limité des autres acteurs communautaires pertinents** : Certains acteurs de la communauté ont des capacités personnelles, techniques et organisationnelles insuffisantes et manquent de ressources financières et matérielles pour s'engager dans des activités de santé. Inversement, un acteur communautaire peut avoir le potentiel de s'engager dans la PCMA au niveau communautaire, mais sa participation n'est pas sollicitée.

3.6 Défis en matière de suivi et de production de rapports

Le suivi et les rapports représentent un autre défi majeur pour un engagement communautaire efficace : si l'engagement de la communauté est difficile à organiser, il en est de même pour son évaluation et son suivi. En règle générale, l'engagement communautaire est évalué à l'aide de données quantitatives ou numériques, en rapportant, par exemple, le nombre de personnes qui assistent à une réunion ou participent à une activité. Or, la participation ne garantit pas la compréhension, l'engagement ou l'implication[68] et des données qualitatives sont nécessaires pour appuyer et

compléter ces rapports. Des systèmes de suivi et d'établissement de rapports sur l'engagement communautaire sont utilisés par les partenaires, mais sont rarement normalisés. Certains aspects relatifs au suivi sont rapportés dans les évaluations de couverture ou dans les enquêtes sur les connaissances, les attitudes, les compétences et les pratiques**.**

Sur le terrain, souvent, les agents ou les bénévoles de santé communautaire ne disposent pas de mécanismes appropriés ou adaptés pour consigner leurs activités, ce qui conduit à des données incomplètes, inexactes ou manquantes. L'absence d'indicateurs normalisés est également un facteur contraignant et complique l'extrapolation au niveau national ou sous-national. Au Pakistan, par exemple, les données sur le dépistage actif et les admissions au niveau de la communauté ne sont pas ventilées par sexe, origine ethnique ou lieu, ce qui rend difficile l'analyse de la couverture et des résultats par rapport à la population[20]. Au Kenya, où les agents et les bénévoles de santé communautaire ont des charges de travail lourdes, la nature intégrée des dépistages communautaires fait qu'il est difficile de retracer le parcours des enfants dans le système de santé, car ils y accèdent à divers points d'entrée[22]. En outre, même s'il est généralement reconnu que la couverture est l'indicateur le plus important de la réussite des programmes de PCMA, les évaluations de couverture ne sont pas systématiquement intégrées dans les activités de suivi et d'évaluation continues parce que la méthode d'évaluation est gourmande en compétences et en ressources.

3.7 Obstacles à l'accès et à l'utilisation des services

Trouver des solutions flexibles, spécifiques au contexte, pour réduire les obstacles à l'accès et au recours aux services par des moyens appropriés et acceptables constitue un aspect important de l'engagement communautaire en termes de stimulation de la demande et d'utilisation des services. En outre, des obstacles peuvent empêcher les communautés, les ménages et les individus de participer à des activités d'engagement communautaire. La recherche formative (par exemple, l'analyse des obstacles, les pratiques et les comportements en matière de santé et de nutrition) dans le domaine de la PCMA reste limitée. Cependant, une méta-analyse a démontré que les obstacles (et les facteurs) dominants sont liés à des questions socioculturelles et à la qualité des soins[69]. Les obstacles courants à l'accès, tels qu'identifiés par les évaluations de couverture et diverses études qualitatives, sont énumérés ci-dessous[22,32,64,69]. Une méta-analyse des obstacles à l'accès a déterminé trois groupes, à savoir le manque de qualité des soins représentant 43 % de tous les obstacles, les barrières socioculturelles comptant pour 28 % et les barrières géographiques représentant les 23 % restants[69].

Obstacles communs auxquels est confrontée la PCMA (en particulier par rapport à la MAS)

- **Les mauvaises activités d'extension communautaire** sont un obstacle majeur : elles comprennent le manque de recherche active de cas, le manque de suivi des cas d'abandon, le manque de motivation/formation des agents de santé communautaire et/ou des bénévoles et le manque de sensibilisation. Parmi ces obstacles, le manque de recherche active de cas a été cité comme un obstacle dominant, en raison du manque de moyens de transport, de motivation, d'organisation et d'acceptation par la communauté ainsi qu'en raison de contraintes de sécurité et de barrières saisonnières[69].

- **Distance** : Malgré la décentralisation des services, dans le cas de certains patients, l'accès au traitement exige toujours de parcourir de longues distances et/ou un terrain difficile avec des options de transport précaires. Il est difficile de déterminer à partir de quelle distance les soins sont trop éloignés de sorte que le temps et la distance (en tenant compte du climat, de la sécurité et des facteurs socioculturels) sont inextricablement liés aux coûts d'opportunité, notamment en termes de mobilité saisonnière. Le mouvement des populations mobiles (par exemple, les

pasteurs, les habitants des bidonvilles, les travailleurs saisonniers et les personnes déplacées dans leur pays) rend l'engagement continu de la communauté difficile.

- **Mauvaise prestation de services (la qualité des soins perçue, la confiance inspirée par les services de santé, l'attitude du personnel, l'interface service/usager)** : L'attitude des agents de santé peut être un facteur important dans la demande de soins en temps opportun. L'utilisation de mesures de diagnostic différentes au sein de la communauté d'une part et de l'établissement de santé d'autre part, un mauvais diagnostic, et des critères d'admission flous peuvent conduire à des rejets, qui ont un impact sur l'adoption du service et sur la volonté des communautés à envisager positivement les services.

- **Ruptures de stock d'ATPE et de réserves d'aliments supplémentaires** : Les personnes qui ont été victimes de ruptures de stock précédemment peuvent être découragées par les services (des ruptures de stock fréquentes suggèrent que les systèmes de gestion des approvisionnements sont inadaptés, manquent de ressources et/ou sont mis à rude épreuve par des services en expansion).

- **Manque de sensibilisation à la malnutrition et la disponibilité des soins** : Les communautés reçoivent des informations contradictoires ou manquent de connaissances sur la nutrition, les causes de la malnutrition, la prévention et le traitement, et la disponibilité des services appropriés. Souvent, les croyances, les coutumes et les préjugés « traditionnels » continuent à régner en maître.

- **Messages de sensibilisation inadaptés au contexte** : Les activités de sensibilisation ne sont pas toujours adaptées aux contextes locaux ou aux spécificités socioculturelles, et sont souvent des activités à court terme ou isolées qui ne favorisent pas un dialogue continu. Il est difficile d'impliquer tous les membres d'une communauté dans des activités de sensibilisation étant donné le manque d'acteurs communautaires suffisamment informés, les grandes distances et la réticence des pouvoirs publics à investir dans des moyens qui permettraient d'atteindre les populations éloignées et mal desservies.

- **Coûts d'opportunité élevés** : Les aidants naturels sont souvent confrontés à des coûts d'opportunité cumulatifs et peuvent retarder le recours au traitement (par conséquent, la maladie peut s'aggraver, entraînant des coûts encore plus élevés). Parfois, les familles ne comprennent pas la nécessité de faire appel aux services de santé pour soigner la malnutrition aiguë ou bien cela ne constitue pas une priorité à leurs yeux, et elles sont souvent obligées de faire des compromis entre les divers besoins et responsabilités caractéristiques des environnements pauvres en ressources.

- **Obstacles socioculturels spécifiques au contexte** : Les environnements dans lesquels la PCMA opère peuvent exiger la médiation de barrières socioculturelles. Au Pakistan, par exemple, les rôles proscrits par des considérations de genre (la coutume d'enfermement des femmes à la maison par exemple) et la résistance de la communauté (née de l'idée que les ONG encouragent des pratiques culturellement inacceptables) ont été de réels défis pour l'engagement et le traitement au sein de la communauté.

4 Pistes pour un engagement communautaire plus efficace

Afin de renforcer la composante communautaire de la PCMA, un certain nombre de questions méritent notre attention et devraient faire l'objet d'un investissement commun. Cette section traite des bonnes pratiques et des pratiques émergentes concernant les défis et contraintes abordés plus haut et répond aux besoins suivants : réviser et adapter les politiques et les directives techniques ; collaborer avec des groupes et des réseaux communautaires variés ; mettre à profit le potentiel des prestataires de services de santé informels ; développer la prise en charge et l'appropriation communautaires ; intégrer la PCMA dans d'autres stratégies de santé communautaire ; incorporer une technologie appropriée et innovante ; renforcer la gestion des agents de santé communautaire ; renforcer les capacités et les compétences du personnel ; systématiser la recherche et le partage des leçons apprises ; et améliorer le suivi et l'évaluation. En plus des encadrés présentant les informations clés, vous trouverez ci-dessous trois études de cas présentant des exemples de bonnes pratiques.

4.1 Faire participer les communautés à la gestion et au renforcement de l'appropriation

C'est grâce à une bonne connaissance de leurs besoins de santé et leur participation active à la fourniture et la gestion des services de santé que les communautés renforcent leur appropriation des interventions de santé. La plupart des communautés ont une sorte d'organisation locale, de structure ou de comité lié au secteur de la santé, capable d'exprimer les besoins de la communauté en question. Au Malawi, par exemple, un facteur déterminant du succès de la mise à l'échelle de la PEC-C a été la création de comités de santé villageois : ceux-ci ont été reliés à chaque centre de santé de village et les leaders communautaires ont été chargés de leur gestion[70]. De même, l'étude récente d'un bouquet d'interventions (supplémentation en vitamine A, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, prise en charge du paludisme à domicile, traitement de courte durée sous surveillance directe de la tuberculose) dans différents pays a révélé que la couverture était nettement plus élevée lorsque la communauté se chargeait directement des processus que dans le cas des autres méthodes de prestation, et que les communautés et leurs exécutants étaient plus profondément engagés et motivés[71]. L'appropriation communautaire encourage des activités d'engagement et des interventions de santé communautaire réussies et durables et doit être prise en compte dans les stratégies et les directives pour la réussite d'une mise à l'échelle au niveau national et pour l'augmentation de la couverture de la PCMA.

4.2 Adaptation des politiques et des directives techniques

Les politiques et directives nationales comprennent l'engagement communautaire envers la PCMA, précisant les rôles et responsabilités des ministères de la Santé et des autres acteurs de la santé et de la nutrition, en fonction du contexte du pays. Des conseils simples et accessibles démystifient le concept de l'engagement communautaire et fournissent une stratégie pratique visant la participation des communautés à l'étude de faisabilité, la conception, la planification, l'allocation des ressources, la mise en œuvre, la surveillance, le suivi, la production de rapports et l'évaluation[5,21]. Les directives nationales sont complétées par des outils supplémentaires visant à renforcer les systèmes d'engagement communautaire faisant le lien avec d'autres initiatives au niveau de la communauté.

4.3 Intégrer et relier la PCMA à d'autres stratégies de santé communautaire

Intégrer l'engagement communautaire envers la PCMA à d'autres stratégies de santé communautaire permet de créer une plate-forme importante pour la prestation de services. Celle-ci peut rationaliser les mesures et renforcer les activités, les réseaux, l'appropriation et la durabilité des interventions. Il existe plusieurs pistes possibles pour intégrer l'engagement communautaire envers la PCMA, mais les systèmes existants devraient être renforcés et développés[17,24]. Cela exige une coordination minutieuse afin d'établir des plans opérationnels adaptés au contexte pouvant être jumelés à des stratégies menées

à l'échelle nationale et locale pour répondre aux besoins de santé communautaire. Citons quelques exemples :

- **Incorporation de la PCMA dans les services intégrés de santé communautaire** tels que la PEC-C et la PCIME. Au Malawi, par exemple, l'approche PEC-C menée par le ministère de la Santé (comprenant des éléments de prise en charge de la MAS) a porté fruit : les taux d'utilisation sont stables, le comportement de recherche de soins s'est amélioré et la qualité des soins évaluée est relativement bonne[66,70].

- **Collaboration avec des activités communautaires plus vastes liées à la sécurité nutritionnelle et alimentaire**. L'intégration de la PCMA et de l'ANJE au Népal a donné des résultats positifs, notamment une réduction du nombre de cas de MAS[21].

- **Collaboration avec d'autres interventions de santé communautaire**. En Éthiopie, par exemple, les ressources du Programme national de lutte contre la tuberculose ont été mises à profit pour sensibiliser les agents de vulgarisation de la santé à la PCMA et proposer un stage de mise à niveau des connaissances à des bénévoles de la communauté ; ainsi, davantage de communautés ont eu accès à l'information et aux services de PCMA[25].

- **Établissement de liens avec d'autres secteurs et services complémentaires** tels que des projets liés à l'eau, à l'assainissement et l'hygiène au niveau de la communauté, ou encore des programmes visant à améliorer la sécurité alimentaire des ménages et à fournir des moyens de subsistance durables : en effet, de tels liens peuvent aider à assurer des services interdépendants et holistiques. Il existe plusieurs approches pour une telle collaboration transsectorielle et pour l'intégration de la nutrition dans d'autres activités communautaires[72,73]. Au Bangladesh, par exemple, l'éducation nutritionnelle a été incluse dans des programmes de microfinance[74].

4.4 Renforcement de la gestion des bénévoles et des agents de santé communautaire

Des stratégies fondées sur la preuve sont nécessaires pour développer des approches durables et propres à chaque pays afin de gérer les bénévoles et les agents de santé communautaire en termes d'organisation et de formation et pour les motiver à fournir des services de qualité au niveau de la communauté tout en les responsabilisant[41,65]. À la lumière des thèmes liés à une prise en charge efficace abordés ci-dessus, les paragraphes suivants présentent les principales approches pouvant résoudre certains des défis inhérents :

- **Conception opérationnelle, définition des rôles, charge de travail et transfert des tâches** : Davantage de soutien doit être fourni aux agents communautaires en ce qui concerne leur rôle et leurs fonctions. Engager et impliquer les acteurs à tous les niveaux est essentiel pour assurer le leadership, la coordination et la reconnaissance car cela améliore l'appropriation et influence l'efficacité du système de santé communautaire. Il est également important d'être réaliste dans la détermination des activités et de l'investissement en temps requis par chaque cadre impliqué vu que cela a un effet prouvé sur le taux d'attrition. Si le transfert des tâches est mis en œuvre, il doit être inscrit dans les politiques ou dans la stratégie et être accompagné de la formation et du soutien nécessaires.

- **Mesures incitatives** : Il est progressivement admis que certaines incitations (financières ou matérielles) fournies aux bénévoles de la communauté ont un impact positif sur les performances, la fidélisation et la motivation[75]. Dans un nombre croissant de pays, les bénévoles communautaires reçoivent une rémunération et/ou des incitations matérielles symboliques (par

exemple, des T-shirts, des bottes et imperméables, de l'argent pour leurs déplacements ou des *per diem* pour assister à des formations ou des réunions)[24] Les mécanismes durables pour générer des paiements ou fournir des incitations aux agents et aux bénévoles de santé communautaire ont prouvé leur efficacité. À titre d'exemples, on peut citer : les frais fixes pour la prestation de services ; la rémunération au rendement ; un fonds de roulement ; des fonds collectifs ; ou des régimes de micro-crédit[41]. Il est néanmoins important de souligner que la rémunération n'est pas la seule solution et qu'à elle seule, elle ne saura pas maintenir la motivation du personnel ni la qualité des soins. Bien que la forte rotation du personnel puisse être minimisée, si une attention insuffisante est accordée à des domaines tels que la supervision de la qualité et la formation continue, cela exerce un impact négatif sur les performances[76]. Des moyens créatifs pour entretenir la motivation et l'engagement actif des agents communautaires, comme des visites d'échange axées sur le rendement, des badges, des lettres de recommandation et des certificats de participation, ont été utilisés avec succès en Inde et, conjugués à une gestion et un feedback solides, à un soutien de la part de la communauté et des professionnels, ainsi qu'à des possibilités d'avancement de carrière, ils ont tous donné de bons résultats[22].

- **La gestion, le soutien et la formation** sont des facteurs clés pour mobiliser, motiver et fidéliser les agents et les bénévoles de santé communautaire. Dans l'idéal, une communauté peut sélectionner des personnes en son sein dans l'objectif de fournir un service de bénévolat à la communauté et de partager les connaissances. Des obstacles peuvent cependant apparaître, les individus étant souvent « désignés volontaires » par d'autres ou nommés par les aînés de la communauté, et ce n'est pas toujours la personne ayant le bon profil qui est choisie. Les formations de qualité normalisées, bien planifiées et organisées, élaborées sur plusieurs phases avec des séances régulières de mise à niveau intégrées, ont un impact sur les performances et la motivation. En outre, la transmission de la connaissance par un mentorat entre pairs stimule l'expertise acquise. Des séances d'enseignement didactique alliées à des séances pratiques débouchent sur un meilleur apprentissage. De même, des mécanismes doivent être mis en place afin que le secteur officiel de la santé collabore avec les communautés en fournissant une supervision efficace, du soutien et des moyens logistiques opérationnels. Assurer des possibilités d'avancement de carrière et de développement des compétences est essentiel pour la fidélisation des travailleurs de la santé. Ces aspects représentent des investissements importants et sont actuellement rarement priorisés[41].

- **Ressources et financement** : des ressources adéquates sont requises pour veiller à ce que les agents et les bénévoles de santé communautaire disposent des outils et des fournitures nécessaires pour exécuter leur travail d'engagement communautaire de façon efficace.

4.5 Recours aux prestataires de services de santé informels

Dans le cadre d'initiatives plus générales de renforcement du système de santé, des capacités doivent être développées en vue d'une intégration et d'une mise à l'échelle réussies de l'engagement communautaire envers la PCMA. La valeur de l'engagement communautaire doit être bien saisie par les intervenants et des compétences pratiques doivent être développées pour mener des activités ciblant tous les acteurs de la santé et de la communauté concernés (par exemple, les travailleurs de la santé, les gestionnaires de la santé, les dirigeants communautaires, les groupes communautaires, les bénévoles, les membres de la communauté). Toutefois, le renforcement des capacités en vue de l'engagement communautaire demande du temps et des efforts et nécessite un financement à long terme.

L'engagement communautaire envers la PCMA devrait être enseigné à tous les professionnels de la santé et de la nutrition impliqués dans la santé de la communauté. Cela devrait inclure la formation pré-embauche et la formation sur le tas qui conjugue cours magistraux et formation sur le lieu de travail, mentorat entre pairs et supervision formative. Cela encouragerait les étudiants et les stagiaires à conserver et à développer leurs compétences, cela réduirait le temps d'indisponibilité et, sous réserve d'une planification adéquate, cela permettrait de former davantage de personnel. En Sierra Leone, par exemple, on allie avec succès les formations sur la PCMA et l'ANJE, et au Mozambique, la PCMA est systématiquement incluse dans les formations portant sur le VIH[25]. Les formations sur le lieu de travail et des stages réguliers de mise à niveau jouent un rôle important dans la lutte contre les mouvements de personnel et les mauvaises performances. Au Ghana, pour résoudre le problème de la motivation, on a entre autres inclus la participation à la formation sur la PCMA aux critères requis pour la promotion de carrière dans le cadre du système national d'évaluation des performances[25]. D'autres méthodes créatives de renforcement des capacités ont également été introduites, notamment : l'encadrement par les partenaires internationaux ; les visites d'apprentissage dans le cadre desquelles les travailleurs de la santé provenant de sites performants visitent des sites moins performants et les stagiaires sont détachés auprès des institutions de plus grande capacité ; l'enseignement à distance ; les équipes de mentorat mobiles ; des aides à la supervision sur le lieu de travail ; et des plateformes de résolution de problèmes pour répondre aux questions en temps réel[24].

Le renforcement des capacités est un domaine clé où les partenaires nationaux et internationaux de la PCMA peuvent aider les gouvernements et les communautés. Davantage de soutien devrait être accordé au renforcement des capacités et de l'expertise portant sur l'engagement communautaire à tous les niveaux et à l'intégration technique de la PCMA dans les systèmes communautaires existants. Les équipes décentralisées de « maîtres formateurs » offrant une formation sur l'engagement communautaire se sont avérées bénéfiques et peuvent distribuer du matériel de formation standardisé et des outils de travail. Des descriptions de poste normalisées alliées à des politiques et directives techniques sont particulièrement utiles en termes de gestion et de prestation de services.

4.6 Susciter l'engagement des groupes et des réseaux communautaires variés

L'harmonisation des processus d'engagement communautaire avec les réseaux communautaires veille à ce que la PCMA reste inclusive, équitable et adaptée au contexte. Le développement d'une telle plate-forme fournit aux interlocuteurs de multiples occasions de participer aux activités et de renforcer le rôle des bénévoles et des agents de santé communautaire en enracinant leur travail dans des structures communautaires de reconnaissance et de responsabilisation plus vastes[18]. Les communautés ont des groupes, des structures et des systèmes organisés qui peuvent exercer une l'influence sur l'interaction avec un public spécifique, une zone de couverture ou un mandat de service. Un exemple positif est « l'école des maris » au Niger[77]. La participation de personnalités influentes de la communauté ou de leaders d'opinion, tels que les dirigeants communautaires, les chefs religieux, les enseignants, les guérisseurs traditionnels, les vendeurs de médicaments ou un groupe choisi de « champions », peut véhiculer certaines visions et comportements améliorés, comme dans le cas des Conseils de champions au Ghana[78]. De même, au Mozambique, les dirigeants communautaires et les enseignants sont inclus dans la formation à la PCMA afin d'être capables de reconnaître et d'orienter les enfants souffrant de malnutrition au niveau communautaire[64]. Ces exemples démontrent une collaboration constructive entre les agents de la santé et la communauté plus vaste. En outre, les structures existantes et de nouveaux réseaux sont en cours d'élaboration pour faciliter l'engagement de la communauté envers la PCMA. Par exemple, au Kenya, des groupes de soutien aux mères qui ont reçu une formation et se réunissent régulièrement ont contribué à une réduction du taux d'abandon et de rechute parmi les cas de MAS et de MAM[22]. De même, en Éthiopie, la communication de mère à mère a permis d'augmenter le taux d'identification et d'orientation de nouveaux cas[25] et le dialogue de

pair à pair entre les hommes a renforcé la promotion de bonnes pratiques alimentaires[44]. La participation communautaire a permis la mobilité des travailleuses de la santé et un accès plus équitable aux services au Pakistan[20], tout en donnant la priorité aux ressources pour les soins de santé au Kenya[22].

L'engagement communautaire doit commencer par une cartographie des acteurs et des systèmes communautaires (qui fait quoi et où) pour identifier les points forts, les lacunes, les synergies et les opportunités. L'engagement communautaire doit impliquer tous les groupes au sein d'une communauté et exige l'inclusion délibérée des groupes marginalisés, vulnérables, isolés et mal desservis. Cet aspect est crucial dans un contexte de lutte contre les problèmes liés aux attitudes socioculturelles, notamment les normes sociales et l'égalité entre les sexes, la stigmatisation, la méfiance à l'égard des services et l'idée fausse que l'on s'en fait. Des activités visant à cibler spécifiquement ces problèmes et à engager les dirigeants et les groupes d'opinion pertinents ont permis d'améliorer les connaissances et l'acceptation des services au sein de la communauté, avec un impact positif sur la qualité, l'équité, l'utilisation et la couverture. **L'étude de cas 1** décrit les approches pratiques utilisées pour engager les groupes communautaires au Bangladesh, au Viet Nam et en Éthiopie qui visaient à améliorer la nutrition des enfants en augmentant les taux d'allaitement maternel exclusif et à promouvoir des pratiques d'alimentation complémentaire.

Étude de cas 1 – Engager efficacement les divers groupes communautaires dans l'ANJE[44]

Des activités de programmes communautaires sont mises en œuvre par des ONG nationales (Bangladesh), intégrées dans des projets de santé avec le soutien des collectivités locales (Éthiopie), des ministères nationaux de la Santé (Viet Nam) et d'autres acteurs étatiques et non étatiques tels que l'Union des femmes (Viet Nam). Un élément important de la programmation consiste à mettre en place un soutien communautaire en vue :

- d'identifier des réseaux et des structures traditionnelles dans la communauté afin de mobiliser un soutien technique et social, notamment les comités de santé, les groupes de femmes, les leaders communautaires, les organisations communautaires et confessionnelles, la famille immédiate et élargie et les réseaux de parenté ;
- de cibler des groupes pour des activités appropriées et spécifiques.

En Éthiopie, les membres des associations de femmes et des organisations confessionnelles sont formés pour promouvoir des pratiques d'ANJE améliorées dans le cadre de leurs services de proximité. Des cartes de nutrition contenant des messages d'ANJE sont distribuées aux agents de vulgarisation de la santé et les enseignants et les étudiants reçoivent une formation sur les pratiques d'alimentation recommandées. Certaines communautés organisent des réunions axées sur des sujets d'alimentation spécifiques, font des démonstrations de la préparation des aliments et récompensent les familles qui ont adopté les pratiques alimentaires recommandées en leur donnant des certificats.

Le programme du Bangladesh engage un vaste échantillon de la communauté (les pères, les dirigeants communautaires, les adolescentes, les enseignants, les chefs religieux, les accoucheuses traditionnelles, le secteur privé et les fournisseurs de soins de santé alternatifs) grâce à des séances d'orientation et de mobilisation sociale dont plus de 75 000 personnes ont bénéficié.

Au Viet Nam, dans les zones où se trouvent des groupes de soutien à l'ANJE, les dirigeants de la communauté participent à des réunions de groupe trimestrielles sur l'ANJE.

4.7 Recours aux prestataires de services de santé informels

Dans de nombreux contextes, les structures de santé officielles du gouvernement ne sont pas les prestataires de soins de santé en première ligne. La population a tendance à se tourner tout d'abord vers les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les pharmacies privées ou les vendeurs de médicaments, et les cliniques privées en raison de leur accessibilité géographique, financière et culturelle. Au Pakistan, par exemple, 50 % des soins de santé seraient fournis par des cliniques privées[79] ; au Cameroun, 25 % de la population achète des médicaments auprès de prestataires informels[80] ; et au Viet Nam, les pharmacies privées sont les points les plus fréquentés pour l'approvisionnement en médicaments, puisqu'elles représentent environ les deux tiers de tous les recours à des services de santé[81]. Les enfants atteints de MAS sont souvent d'abord amenés à des guérisseurs traditionnels, puisque la malnutrition aiguë n'est pas considérée comme une maladie qu'un médecin peut soigner, mais comme un problème spirituel associé au « mauvais œil », à la malédiction ou à d'autres systèmes de croyance[18,24].

De nombreuses études mettent en évidence le potentiel de collaboration avec le secteur informel de la santé quand il s'agit d'améliorer les soins de santé au niveau communautaire. À titre d'exemples, on peut citer le fait d'impliquer les guérisseurs traditionnels dans le traitement de la tuberculose en Afrique du Sud[82] et dans la prévention et le traitement du VIH/sida[83] ; l'augmentation du nombre de cas orientés vers des centres de soins grâce à l'éducation des guérisseurs traditionnels au Mozambique (voir l'**étude de cas 2**)[84] ; l'amélioration des connaissances et des pratiques des pharmaciens privés à travers la formation et la supervision formative au Viet Nam[81] ; et l'optimisation des pharmacies communautaires au Pakistan[79]. Il est également prouvé que les secteurs de la santé formels et informels sont reliés à travers des politiques nationales ou des initiatives locales. Au Ghana, par exemple, les guérisseurs traditionnels orienteront souvent un enfant atteint de MAS vers un établissement de santé pour prendre en charge les aspects cliniques de la maladie, alors qu'ils aborderont les aspects spirituels.

Au Cameroun, les fournisseurs de soins de santé informels considèrent souvent que leur rôle s'inscrit en complément de celui des prestataires de soins officiels et coopèrent activement avec eux en alignant leurs services sur les pratiques biomédicales[80,85]. Ils sont au cœur de la communauté, à la fois d'un point de vue social et géographique, sont souvent respectés et jouissent d'une légitimité en vertu d'un règlement communautaire informel. En général, ils représentent une ressource humaine largement inexploitée qui peut participer à la prestation de services là où il est très difficile d'atteindre les populations, de surmonter les obstacles et d'encourager l'adoption du traitement en temps voulu d'une manière culturellement appropriée et durable[5,24,25].

On observe cependant un manque général de données probantes documentant cette collaboration au-delà d'études pilotes à petite échelle, souvent mises en œuvre par des ONG. Dans les faits, les gouvernements et d'autres prestataires de services de santé ne collaborent pas souvent de façon significative avec le secteur informel de la santé et les responsables politiques sont souvent réticents lorsqu'il s'agit d'intégrer ces praticiens à la programmation. Le secteur de la santé informel est hétérogène, en grande partie non réglementé, non organisé et parfois illégal. Malgré son potentiel, la conception et l'incitation à la collaboration restent difficiles. Les leçons apprises et les meilleures pratiques doivent être partagées et des stratégies, directives et réglementations appropriées doivent être conçues si l'on veut que les secteurs de la santé formels et informels travaillent ensemble pour atteindre les objectifs fixés par les politiques et les plans de santé nationaux. **L'étude de cas 2** décrit comment l'éducation des guérisseurs traditionnels a permis d'augmenter les orientations vers un établissement de santé dans les zones rurales du Mozambique.

Étude de cas 2 – Éducation des guérisseurs traditionnels pour augmenter le taux d'orientation vers un établissement de santé au Mozambique rural[84]

Le ministère de la Santé et diverses organisations de guérisseurs traditionnels du Mozambique ont créé un partenariat formel et collaboré avec une ONG affiliée à une université (Friends in Global Health) afin de concevoir un système pour : a) documenter les orientations de cas vers des établissements de santé faites par les guérisseurs traditionnels ; et b) faire remonter l'information concernant les diagnostics des patients aux guérisseurs traditionnels. Un cours de formation en soins de santé primaires dans chaque district de l'étude a appris aux guérisseurs traditionnels à identifier les patients souffrant de VIH, de tuberculose, de paludisme, de malnutrition, de diarrhée et de maladie mentale, et a fourni des informations sur l'importance du dépistage précoce et des orientations vers un spécialiste en centre de traitement standard.

Cette intervention axée sur l'éducation a donné lieu à une augmentation soutenue des connaissances sur le VIH et une hausse de 35 % du taux d'orientation vers les centres de soins, bien que le nombre d'orientations par mois soit resté faible et les symptômes les plus communs chez les patients référés soient restés les mêmes. L'établissement de relations positives entre les guérisseurs traditionnels et les cliniques a été crucial pour améliorer les orientations. L'utilisation de formulaires d'orientation a été très acceptable d'autant plus que des explications par images étaient à la disposition des guérisseurs peu alphabétisés. Cependant, les coûts liés à la formation étant couverts par le projet, une limitation majeure à la pérennité du système était le manque de ressources du ministère. Malgré cela, l'étude a démontré la faisabilité de la mise en œuvre d'un système d'orientation vers les centres permettant d'augmenter les taux d'orientation par le biais d'une intervention peu coûteuse, ce qui suggère qu'une relation formelle avec les guérisseurs traditionnels est une méthode viable et rentable pour diriger les patients vers les centres de santé.

4.8 Incorporation de technologies de l'information et de la communication appropriées et innovantes

L'utilisation de technologies de l'information et de la communication (TIC) appropriées et innovantes, notamment les téléphones mobiles, afin de faciliter les interventions de santé, offre un potentiel énorme et a enregistré une progression marquée au cours des dernières années. mHealth[iii] aide à faciliter la prestation de soins aux communautés dans des zones éloignées d'un centre de soins, et peut aider à surmonter les difficultés liées à un manque de connaissances ou à la résolution de problèmes, à l'organisation et au suivi des patients orientés en centre, à la collecte systématique de données, à la formation et la supervision. mHealth peut également améliorer les résultats liés à la qualité des soins, à l'efficacité des services, aux compétences des agents de santé communautaire et des bénévoles et à l'utilisation des services.

Un examen systématique récent a révélé que les activités de santé mobile ont essentiellement porté sur la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle et infantile (SMI), avec plus de la moitié axées sur le VIH/sida[43]. Parmi les principaux avantages observés, citons : l'amélioration de la collecte de données complètes, de qualité, précises et en temps opportun ; un meilleur respect des normes et des lignes directrices en matière de services de santé (principalement grâce aux outils d'aide à la décision, d'alerte et de rappel) ; la fourniture de conseils, d'informations et de soutien en temps réel aux professionnels de la santé en première ligne, notamment aux agents communautaires géographiquement dispersés ; le soutien aux activités d'éducation et de formation ; la création de réseaux professionnels entre les agents communautaires et leurs superviseurs ; et la facilitation de meilleures pratiques de leadership et de gestion, surtout en matière de supervision à distance.

[iii] mHealth (aussi écrit m-health) est une abréviation pour désigner les soins de santé mobiles, un terme utilisé pour la pratique de la médecine et de la santé publique au moyen de dispositifs mobiles.

Il subsiste cependant de nombreux défis quant à l'optimisation de mHealth et on déplore un manque de documentation sur la façon d'appliquer la technologie mobile à l'engagement communautaire au-delà de la communication et du partage de l'information. Au Malawi et au Ghana, par exemple, le SMS est utilisé par les infirmières en santé communautaire pour communiquer avec les bénévoles qui effectuent des visites de suivi auprès d'enfants souffrant de MAS, les aidant à gérer les problèmes de transport pour fournir des soins de proximité[18,24,25]. En Ouganda, où la couverture du réseau de téléphonie mobile est relativement bonne, le SMS est à l'essai parmi les agents de santé communautaire afin de communiquer avec le personnel de santé quand un enfant souffrant de MAS est identifié au sein de la communauté. Cela permet aux agents de la santé d'évaluer le nombre d'orientations à venir et d'informer les agents de santé communautaire si les cas orientés ne se présentent pas au centre de santé[25].

Un groupe de travail au niveau mondial s'occupant de mHealth[iv] soutient l'intégration de la santé mobile dans les programmes de nutrition. Il a regroupé les ressources et créé une trousse d'outils mHealth[v]. Si ces mesures sont certes positives, il est à noter que cette initiative reste gérée par les ONG. Sur les 400 interventions de santé mobile qui contribuent au projet à travers 74 pays, la majorité sont dirigées par des ONG internationales et ne parviennent pas à tirer profit de la participation du ministère ou d'approches au niveau national.

Il est clair que l'utilisation des technologies mobiles pour soutenir et autonomiser les agents et les bénévoles de santé communautaire dans leur rôle de liaison entre le secteur formel de la santé et les communautés a le potentiel de renforcer l'engagement communautaire envers la PCMA. Les expériences doivent être mises en commun afin d'optimiser les leçons apprises et de développer des outils et des directives standard. Une participation accrue du gouvernement aux plates-formes et aux initiatives mondiales en matière de mHealth est également nécessaire ainsi qu'un engagement fort au niveau du ministère afin de mettre en œuvre mHealth à l'échelle nationale et sous-nationale. **L'étude de cas 3** présente un exemple positif de la façon dont la technologie mobile est utilisée pour améliorer la santé maternelle et infantile dans les zones rurales du Rwanda.

Étude de cas 3 – Utilisation de la technologie mobile pour améliorer la santé maternelle et infantile au Rwanda rural[86]

Un système d'alerte par SMS conçu pour améliorer la SMI à l'aide de RapidSMS® (un cadre de développement de logiciels libres et *open source*) a été mis à l'essai en 2011 à Musanze, un district montagneux dans le nord du Rwanda ayant un faible taux d'accouchements assistés (49 % en 2009). Il compte parmi les premiers projets de santé mobile d'envergure ayant par la suite été déployés à l'échelle nationale. Il est dirigé par le ministère rwandais de la Santé (qui a couvert les frais de SMS) avec le soutien de l'UNICEF qui a développé la plate-forme RapidSMS®. Le système permet aux agents de santé communautaire d'enregistrer de nouvelles grossesses et de les suivre efficacement jusqu'à l'accouchement et la période post-partum. Il envoie des rappels automatisés à des dates spécifiques pour les rendez-vous à la clinique ; active un système d'alerte d'urgence en cas de signes de danger ; fournit une remontée d'information instantanée à l'agent de santé communautaire et des conseils pour des mesures immédiates ; et demande que des ambulances soient dispatchées du site le plus proche afin de s'assurer que la mère et l'enfant sont transférés aux services obstétriques et néonatals d'urgence en temps utile.

De nombreux résultats positifs ont été constatés : les rapports de conformité des agents de santé communautaire ont atteint 100 %; les agents de santé communautaire ont confirmé qu'ils étaient plus proactifs dans la recherche et le suivi de nouvelles grossesses suite aux rappels adressés à leurs téléphones mobiles ; ils ont déclaré avoir

[iv] Voir www.mhealthworkinggroup.org
[v] Voir www.k4health.org/toolkits/mhealth

bénéficié de plus de confiance et de respect de la part de la communauté lorsqu'ils ont été en mesure de demander une ambulance en cas d'urgence ; et les personnes intéressées par les services (femmes enceintes) étaient heureuses de recevoir des rappels par SMS. Le projet en est encore à ses débuts, il est donc difficile d'analyser l'impact sur les résultats en termes de SMI, mais il est clair que l'utilisation de la technologie mHealth permet de réduire le retard dans le recours aux soins de santé, que le système sert de point d'entrée de données à distance dans les systèmes d'informations sanitaires nationaux et agit comme une interface unique qui fournit des informations en temps réel aux mères, au personnel des établissements de santé et aux gestionnaires de programme.

L'engagement ferme du gouvernement envers l'innovation en général, et l'initiative RapidSMS® depuis sa création en particulier, a été le catalyseur le plus important. Parmi les autres facteurs de réussite, mentionnons l'utilisation et le développement de logiciels et d'expertise basés localement pour promouvoir la pérennité des services ; un programme de santé communautaire pré-existant et bien organisé ; des rôles et des responsabilités des agents de santé communautaire clairement définis ; des frontières administratives bien délimitées facilitant le suivi et le contrôle de la qualité ; une bonne couverture de téléphonie mobile permettant d'atteindre les régions les plus reculées du pays ; un partenariat public-privé entre le ministère de la Santé et le fournisseur de réseau de téléphonie mobile qui a réduit sensiblement les coûts des SMS et s'est avéré crucial pour une expansion durable ; et l'approche nationale de financement basé sur les performances (le revenu des agents de santé communautaire est basé sur les performances) alliée à la mise à l'échelle de l'assurance de santé communautaire.

4.9 Amélioration du suivi et de la production de rapports

Les directives mondiales en matière de suivi et de production de rapports concernant l'engagement communautaire envers la PCMA sont limitées et les bonnes pratiques n'ont pas été mises en commun (voir 4.11 ci-dessous). Les méthodes d'évaluation de la couverture ont mis en évidence certaines des lacunes, mais comme elles ne font pas partie de systèmes de suivi de routine, l'accès à l'information n'est pas toujours disponible et encore moins systématique. Des exemples d'indicateurs d'engagement communautaire couramment utilisés sont fournis dans **l'encadré 6**.

Encadré 6 – Exemples d'indicateurs d'engagement communautaire couramment utilisés et suggérés

Les indicateurs de la qualité de l'engagement communautaire ne sont pas normalisés, mais pourraient inclure certains des éléments suivants :

- Nombre d'agents et/ou de bénévoles de santé communautaire par communauté ; nombre total d'agents et/ou de bénévoles de santé communautaire par établissement proposant des interventions de PCMA ; nombre total d'agents et/ou de bénévoles de santé communautaire par district de santé
- Nombre de communautés sensibilisées à la PCMA
- Nombre de cours de formation menés à l'intention des agents et/ou des bénévoles de santé communautaire
- Nombre de visites de supervision de soutien pour les agents et/ou les bénévoles de santé communautaire
- Nombre d'enfants ayant fait l'objet d'un dépistage de la malnutrition dans la communauté
- Fréquence de dépistage actif d'un enfant de moins de 5 ans (le dépistage mensuel étant préconisé) dans la communauté
- Méthodes de sensibilisation/participation/dépistage appliquées dans la communauté
- Nombre d'enfants identifiés comme souffrant de MAS/MAM et orientés pour traitement
- Nombre d'admissions pour MAS/MAM
- Proportion d'enfants identifiés comme souffrant de MAS/MAM, orientés pour traitement et admis
- Proportion d'enfants identifiés comme souffrant de MAS/MAM, orientés pour traitement , mais non admis en raison d'erreurs de diagnostic

- Proportion de cas de MAS/MAM dont le traitement a été entamé rapidement (admissions sans maladie avancée ou complications, PB normal, faible taux de mortalité, faible taux d'admission en soins hospitaliers)
- Couverture du traitement
- Niveau d'engagement de la communauté dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi de l'extension communautaire (appropriation et responsabilisation)

4.10 Systématisation de la recherche

La recherche formative et opérationnelle permet le développement d'activités et de stratégies fondées sur les preuves, qui tiennent compte des contextes locaux et des comportements de recherche de soins, y compris la façon dont une communauté conceptualise la malnutrition, reconnaît la maladie et ses causes et perçoit le traitement[87]. La section 5 répertorie les thèmes de recherche identifiés au cours de l'élaboration de ce dossier technique.

4.11 Systématisation de l'apprentissage, de l'évaluation et de la gestion des connaissances

La couverture de traitement est un indicateur clé lorsqu'on souhaite évaluer la performance de l'engagement communautaire envers la PCMA et l'impact des interventions de PCMA. Or, les évaluations de couverture sont très techniques, et l'application des différentes méthodes (et outils) demande une formation approfondie et beaucoup de ressources. **L'encadré 7** présente un aperçu des différentes méthodes d'évaluation de la couverture développées au fil du temps. Bien que les évaluations de couverture soient prometteuses, comme d'autres aspects de l'engagement communautaire, elles n'ont pas été abordées en termes de rapport qualité-prix et les possibilités de construire une base de données factuelles solide n'ont pas été maximisées.

La mise en commun et l'analyse des différentes approches de l'engagement communautaire sont essentielles à l'élaboration des futures politiques et pratiques[5,88]. L'évolution de la PCMA a généré des connaissances précieuses, mais la conservation et l'utilisation constructive de celles-ci, comme de l'expérience acquise sur le terrain, restent rares. Un examen de la PCMA dans quatre pays a conclu que d'excellentes pratiques prometteuses étaient actuellement testées ou mises en œuvre, mais que la documentation, le partage de l'information et l'utilisation des enseignements tirés de ces possibilités restent limités, malgré le besoin et le désir souvent exprimés d'apprendre et d'accéder aux informations[24]. Ceci est particulièrement pertinent lorsqu'il s'agit de transposer l'expérience et l'expertise des ONG pour mieux bâtir les stratégies menées par le gouvernement. De telles informations jouent également un rôle clé dans le plaidoyer, la prise de décisions et l'allocation de fonds privilégiant les activités d'engagement communautaire.

Encadré 7 – Aperçu des méthodes d'évaluation de la couverture

La méthode Centric Systematic Area Sampling (CSAS, méthode d'échantillonnage géographique systématique centré des zones) a été développée en 2002 dans le cadre de la recherche des CTC et utilisée pendant plusieurs années jusqu'à ce qu'elle soit jugée trop chère pour une utilisation de routine et remplacée par les méthodes SQUEAC et SLEAC moins gourmandes en ressources.

La méthode SQUEAC (Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage, évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture) fournit une analyse en profondeur des obstacles et des « promoteurs » de la couverture. Elle est conçue comme un outil de suivi de routine fonctionnant au moyen de l'utilisation intelligente des données de suivi de routine, complétées par d'autres données pertinentes qui sont recueillies en petite quantité, mais fréquemment.

La méthode SLEAC, ou Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage - technique simplifiée de sondage par lots appliquée à l'assurance qualité pour évaluer l'accès et la couverture est

une méthode d'enquête rapide à faibles ressources qui classe la couverture (faible, modérée ou élevée) au niveau de l'unité de prestation de services. Son avantage est que la taille des échantillons requis est relativement petite (par exemple, $n \leq 40$) mais qu'elle permet une classification précise et fiable. Elle peut également estimer la couverture sur plusieurs unités de prestation de services, ce qui la rend idéale pour les enquêtes sur la couverture de vastes zones.

La méthode simple d'échantillonnage spatial (simple spatial sampling method) ou S3M a été élaborée à partir de la CSAS pour des zones très étendues. Elle permet une utilisation très efficace de l'échantillon moyennant un coût inférieur à celui de la CSAS. Elle est simple à réaliser et ses résultats sont faciles à comprendre.

5 Conclusion et perspectives – Repositionnement de l'engagement communautaire

Malgré d'importants changements dans le contexte opérationnel au cours des dernières années, la PCMA conserve un grand potentiel pour exercer un impact puissant sur la santé et le bien-être des enfants dans le monde, notamment à travers son intégration dans les systèmes de santé nationaux dans le cadre des services de santé infantile de routine. Un thème clé derrière les défis actuels, essentiel pour progresser efficacement, consiste à **mettre à nouveau l'accent sur l'engagement communautaire en tant que fondement de la PCMA**. L'engagement au sein de la communauté doit être participatif, inclusif, équitable, réciproque, créatif, continu, transparent et responsable. Il doit être adapté à un contexte local d'une manière qui inspire l'appropriation, l'autonomisation et la responsabilité partagée. Dans le même temps, un engagement fort au niveau local, sous-national, national et international doit être établi de façon structurée grâce à des politiques pertinentes et des stratégies plus vastes de renforcement du système de santé communautaire, bâties sur l'analyse des systèmes de santé, y compris l'analyse des causes fondamentales. Ces mesures, conjuguées à l'analyse et la mise en commun des pratiques prometteuses actuelles, contribueront à assurer la faisabilité et la viabilité de la PCMA.

Les principales considérations sont décrites ci-dessous. Leur but est de renforcer les stratégies et les interventions qui contribuent à améliorer la réactivité des gouvernements, de la société civile, du secteur privé et de la communauté aux besoins de santé et de nutrition des individus. Il est important de noter, cependant, que beaucoup de ces considérations vont au-delà de l'engagement communautaire envers la PCMA et **impliquent des stratégies communautaires nationales et internationales plus vastes**. L'engagement communautaire envers la PCMA ne devrait pas être considéré isolément et son évolution doit être abordée d'une manière holistique, en le reliant à d'autres initiatives et approches communautaires dans le cadre d'un effort plus général visant à améliorer la couverture des soins de santé et à étendre les services durables à travers la communauté.

- **Priorité accordée à l'engagement communautaire envers la PCMA dans le cadre du renforcement du système communautaire des services de SMI**
  Des efforts de plaidoyer et d'établissement de réseaux sont nécessaires pour s'assurer que l'engagement communautaire envers la PCMA est considéré comme une intervention de santé communautaire essentielle en remettant l'accent sur la participation communautaire de même que l'appropriation (l'autonomisation) et la durabilité. En outre, les mécanismes communautaires soutenant la prise en charge au niveau de la communauté et explorant les partenariats public-privé doivent être encouragés et mis en place.

- **Élaboration de lignes directrices à jour pour l'engagement communautaire envers la PCMA**
  Des directives devraient être élaborées partout où elles ne le sont pas déjà, et les directives existantes doivent être mises à jour pour soutenir la planification stratégique de l'engagement communautaire global dans les contextes humanitaires et de développement. Ces directives devraient être adaptées à la base de données factuelles ainsi qu'aux besoins et à l'environnement opérationnel des pays et harmonisées avec les politiques nationales, les ressources et les capacités de la communauté. En outre, les directives mondiales relatives à la mise en œuvre de la PCMA, y compris l'engagement communautaire, devraient être mises à jour et adaptées pour tenir compte de l'évolution vers une approche intégrée et dirigée par le gouvernement (à mesure que l'attention se détourne des programmes menés par des ONG dans les situations d'urgence). En outre, des recherches doivent être entreprises quant aux conditions préalables propres à chaque pays et aux facteurs favorables qui permettront l'élaboration de directives de type « mode d'emploi » et la promotion de services de qualité, sûrs et durables[86]. Non seulement il nous faut savoir ce qui donne de bons résultats, mais aussi pour qui, quand et pourquoi[vi]. C'est seulement dans ces conditions que nous serons en mesure de développer des directives basées sur des données probantes en matière d'engagement communautaire.

- **Intégration de l'engagement communautaire envers la PCMA dans le cadre de la SMI au sein d'autres interventions, services et initiatives communautaires**
  Les synergies potentielles (dans le secteur de la santé et grâce à la collaboration intersectorielle) devraient enrichir l'engagement communautaire envers la PCMA et optimiser la cohésion, la couverture et la rentabilité. La planification de l'intégration au sein d'autres initiatives communautaires est nécessaire pour éviter de surcharger les communautés, en particulier dans les zones où l'extension communautaire en matière de santé et la cohésion de la communauté sont faibles.

- **Attribution d'un financement durable**
  L'allocation de fonds nationaux appropriés à des activités de santé communautaire qui apportent des avantages à plus long terme et qui sont durables suppose un changement dans la façon dont l'engagement communautaire envers la PCMA est financé dans le cadre des services de SMI. Le financement et l'allocation de ressources fiables et continues sont essentiels et nécessitent un plaidoyer plus intense. En outre, les gouvernements et les partenaires doivent rechercher des mécanismes appropriés pour financer durablement une rémunération aux agents de santé communautaire et aux bénévoles en fonction du contexte spécifique.

- **Une bonne gestion des acteurs communautaires et de santé adéquatement formés et motivés pour favoriser une participation communautaire renforcée et une plus grande appropriation**
  Des stratégies spécifiques à chaque pays doivent être élaborées et se concentrer sur l'organisation, la formation, la motivation et la fidélisation des ressources humaines pour promouvoir l'engagement et l'extension communautaires en matière de santé.

- **Renforcer les compétences et l'expertise**
  La mise en place de capacités au niveau du secteur de la santé, de la société civile, du secteur privé et des membres de la communauté en termes d'engagement communautaire envers la PCMA dans le cadre de la SMI devrait être reliée à des initiatives plus vastes visant à renforcer les ressources humaines. L'intensification de l'échange d'expériences et de l'apprentissage peut

[vi] Voir Pawson et Tilley 2004, http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf

appuyer des stratégies pour maximiser le rôle des bénévoles et atténuer les risques associés à un faible niveau d'instruction.

- **Implication des groupes et des réseaux communautaires**
  Pour optimiser la portée et l'impact, les activités doivent être harmonisées avec celles des organismes communautaires et des réseaux existants.

- **Mise à profit des prestataires de services de santé et des réseaux communautaires informels**
  Il convient d'explorer davantage les moyens les plus efficaces de collaborer avec le secteur informel de la santé (y compris les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les vendeurs de médicaments et cliniques privées).

- **Renforcement des capacités organisationnelles**
  Il est important de définir le rôle des acteurs du renforcement des capacités organisationnelles de la PCMA. Compte tenu de la capacité actuelle et du niveau d'engagement envers la PCMA dans de nombreux pays, les gouvernements et les communautés continueront de nécessiter le soutien des différents acteurs de la PCMA pour garantir un engagement communautaire efficace. Selon le contexte, ces acteurs devraient faciliter et renforcer les capacités de la communauté à participer à des activités d'engagement, fournir l'expertise technique, renforcer les connaissances et les compétences et soutenir l'élaboration de stratégies au niveau de la communauté et leur mise en œuvre.

- **Optimisation de moyens appropriés et innovants de partage de l'information et de la communication**
  Les technologies de téléphonie mobile ont le potentiel de jouer un rôle majeur dans la diffusion fiable et opportune de l'information au niveau communautaire, notamment en termes d'interventions communautaires, de supervision et de suivi des performances. D'autres pilotes et recherches opérationnelles sont nécessaires pour l'élaboration de conseils pratiques et pour encourager l'utilisation des TIC dans la vie quotidienne.

- **Renforcement du suivi et de la production de rapports**
  Le suivi et la production de rapports doivent être à la fois qualitatifs et quantitatifs et fournir des preuves sur l'impact et les résultats de l'engagement communautaire envers la PCMA dans le cadre de la SMI. Des données ventilées devraient être prélevées systématiquement du niveau communautaire vers le haut et un suivi-évaluation rigoureux devrait être intégré aux programmes dès le début, afin que les communautés soient en mesure d'identifier leurs propres problèmes de santé et de s'engager dans leur résolution.

- **L'évaluation, le partage d'expériences et les meilleures pratiques**
  Il s'agit d'un aspect important du renforcement du rôle des acteurs de la santé et de la communauté. Les données probantes partagées peuvent étayer les futures stratégies d'engagement communautaire et soutenir des approches créatives et adaptées dans différents contextes.

Questions de recherche identifiées

La recherche devrait fournir une base de données probantes pour l'élaboration des politiques, des directives et des pratiques. Sur la base de commentaires de fond sur ce dossier technique et des idées présentées lors de récentes conférences, les questions suivantes ont été mises en évidence comme étant des domaines importants pour la recherche future :

- Comment peut-on inciter efficacement les gouvernements à s'engager dans des systèmes et des stratégies communautaires et déployer durablement la PCMA ?
- Quelle est l'efficacité des stratégies visant à intégrer l'engagement communautaire envers la PCMA à d'autres interventions de santé communautaire ?
- Quels sont les moyens les plus efficaces et appropriés de collaborer avec les prestataires de soins de santé informels ?
- Quels sont les facteurs favorables et les obstacles associés à la motivation et à la fidélisation des travailleurs de la communauté ?
- Quel est le rôle de la recherche formative dans l'engagement communautaire, notamment en matière d'analyse des obstacles et de cartographie ?
- Comment l'engagement communautaire peut-il entraîner un changement positif de comportement social qui se traduirait par l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants, mais aussi par l'identification de la MAS en temps opportun et la recherche rapide de traitement ?
- Dans quelle mesure les approches nouvelles et évolutives dans le domaine de l'engagement communautaire sont-elles efficaces, notamment la santé mobile, la communication pour le changement de comportement social, les cycles d'action communautaire et la communication pour le développement ?
- Comment le suivi et l'évaluation de l'engagement communautaire envers la PCMA peuvent-ils être améliorés et rendus plus durables, notamment les méthodes d'évaluation de la couverture et d'autres méthodes mixtes (à la fois qualitatives et quantitatives) ?
- Comment peut-on standardiser les outils et les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'engagement communautaire et faire en sorte qu'ils englobent l'évaluation de l'impact ?
- Quels sont les moyens les plus efficaces de recueillir des données de suivi de routine sur l'engagement communautaire au niveau de la communauté ?
- Comment les communautés peuvent-elles participer plus activement au suivi et à l'évaluation des activités ?
- Quelle est l'approche ou la méthode d'engagement communautaire la plus appropriée, rentable et efficace dans un contexte particulier ?
- Comment mettre à profit les leçons apprises et partager les expériences de l'engagement communautaire entre les secteurs et systèmes ?

Pour consulter des ressources clés sur l'engagement communautaire face à la malnutrition aiguë (Community Engagement for acute malnutrition), voir :
Forum PCMA. **Key resources for management of acute malnutrition (Ressources clés pour la prise en charge de la malnutrition aiguë). 2014. Disponible en ligne :**
http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Key-Resources-for-mgmt-of-acute-maln-CMAM-Forum-June-2014.pdf

Pour nous faire part de vos commentaires ou de vos suggestions, veuillez contacter le Forum PCMA à l'adresse suivante : cmamforum@gmail.com

Références

1 Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet 2013; 382(9890): 427-51. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X.

2 Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 2008;371(9608):243-60. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0

3 Prudhon C, Weise Prinzo Z, Briend A, Daelmans BM, Mason JB. Proceedings of the WHO, UNICEF, and SCN informal consultation on community-based management of severe malnutrition in children. Food & Nutrition Bulletin. 2006;27(Supplement 3):99-104. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fnb_v27n3_suppl/en.

4 World Food Programme WFP, World Health Organisation WHO, UN Standing Committee on Nutrition UNSCN, UNICEF. Joint statement on community-based management of severe acute malnutrition. 2007 May. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a91065/en.

5 UNICEF. Global SAM management update, Summary of findings. 2013. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Global-SAM-Management-Update-2013.pdf.

6 Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere P, Sadler K, Hallam A. Management of severe acute malnutrition in children. The Lancet. 2006; 368(9551): 1992-2000. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-67360669443-9.

7 Khara T, Collins S. Community-based therapeutic care CTC. ENN special supplement. 2004. Available from: http://files.ennonline.net/attachments/856/supplement23.pdf

8 Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrero S, Myatt M, et al. Key Issues in the success of community-based management of severe malnutrition. Technical background paper for WHO Consultation. 2005. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/backgroundpapers_Key_issues.pdf.

9 Food and Nutrition Technical Assistance Project FANTA, Emergency Nutrition Network ENN. International workshop on the integration of community-based management of acute malnutrition. Washington DC: FANTA; 2008. Available from: http://www.ennonline.net/ourwork/othermeetings/cmamintegration2008.

10 ENN. Conference on government experiences of community-based management of acute malnutrition and scaling up nutrition. ENN: Addis Ababa; 2011. Presentations available from: http://www.ennonline.net/ourwork/ennmeetings/cmamconference2011

11 Coverage Monitoring Network CMN. International SAM Conference, London: CMN; 2013. Presentations available from: http://www.coverage-monitoring.org/2013/11/12/london-conference-presentations-available.

12 Deconinck H, Bahwere P. Review of community-based management of acute malnutrition in Niger. Washington DC: FANTA; 2010. Available from: http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA_CMAM_Niger_Apr2011_Final_wCover.pdf.

13 Deconinck H, Bahwere P, Di Bernardo D. Review of community-based management of acute malnutrition in Mali. Washington DC: FANTA; 2010. Available from: http://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/cmam-integration-review-multi-countries.

14 Deconinck H, Diene S, Bahwere P. Review of community-based management of acute malnutrition in Burkina Faso. Washington DC: FANTA; 2010. Available from: http://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/cmam-integration-review-multi-countries.

15 Deconinck H, Diene S, Bahwere P. Review of community-based management of acute malnutrition in Mauritania. Washington DC: FANTA; 2010. Available from: http://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/cmam-integration-review-multi-countries.

16 UNICEF. Evaluation report of the community health strategy implementation in Kenya. New York: UNICEF; 2010. Available from: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/14_2010_HE_002_Community_Strategy_Evaluation_report_October_2010.pdf.

17 Forsythe, V, Sharawy, R, Sorkatti S, Albalula SA, Hassan E, Deconinck H, De Bernardo D & El Badawi AN. 2010. Community outreach for community-based management of acute malnutrition in Sudan: a review of experiences and the development of a strategy. Washington DC: FANTA; 2008. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/SUDAN-Community-Outreach-CMAM-Dec2010-FANTA1.pdf.

18 Bahwere P, Akortey Akor S, Neequaye M & Sagoe-Moses I. Review of the integration of community-based management of acute malnutrition into the Ghana Health System. Washington DC: FANTA-2 Bridge; 2011. Available from: http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Ghana_CMAM_Review_Report_Oct2011.pdf.

19 UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Ethiopia country case study. New York: UNICEF; 2012. Available from: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/CMAM_Final_Ethiopia.pdf.

20 UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Pakistan country case study. New York: UNICEF; 2012. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Evaluation-of-CMAM-Global-synthesis-Exec-summary-UNICEF-2013.pdf.

21 UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Nepal country case study. New York: UNICEF; 2012. Available from: http://www.unicef.org/evaluation/files/Nepal_Evaluation_of_Community_Management_of_Acute_Malnutrition_CMAM_-_Nepal_Country_Case_Study.pdf;

22 UNICEF. Evaluation of integrated management of acute malnutrition IMAM: Kenya country case study. New York: UNICEF; 2012. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Kenya-Evaluation-of-IMAM-case-study-UNICEF-2012.pdf;

23 Deconinck H, Swindale A, Grant F, Navarro-Colorado C. Review of community-based management of acute malnutrition CMAM in the post-emergency context: synthesis of lessons on integration of CMAM into national health systems in Ethiopia, Malawi and Niger. Washington DC: FANTA; 2008. Available from: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/CMAM_Synthesis_Apr08_v2.pdf.

24 Deconinck H, Bahwere P, Diene SM, de Bernardo D, Adou P. Review of community-based management of acute malnutrition implementation in West Africa: summary report. Washington DC: FANTA-2 Bridge; 2011. Available from: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/West_Africa_CMAM_Synthesis_Oct2011.pdf.

25 ENN. Conference on government experiences of community-based management of acute malnutrition and scaling up nutrition: conference report. Oxford: ENN; 2012. Available from: http://files.ennonline.net/attachments/1444/cmamconferencereport.pdf

26 UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Global Synthesis Report. New York: UNICEF; 2012. Available from: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/Final_CMAM_synthesis_FINAL_VERSION_with_ExSum_translations.pdf.

27 CMN. SQUEAC Report: Saptari District, Nepal. 2013 February-March. London: CMN; 2013. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/04/Saptari-SQUEAC-Report.pdf;

28 CMN. Coverage assessment: Région de Batha, Tchad. 2013 April. London: CMN; 2013. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/07/Rapport-SQUEAC_Batha-TCH_VF2.pdf.

29 CMN. Coverage assessment: Huambo Province, Angola. 2013 June. London: CMN; 2013. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/09/SQUEAC-Report_Huambo-ANG_VF-26-07.pdf.

30 CMN. Coverage assessment: Matam, Senegal. 2013 March. London: CMN; 2013. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/06/SQUEAC_Rapport_Matam_Senegal_US_MT.pdf.

31 CMN. SQUEAC Report: Tando Mohammad Khan District, Sindh Province, Pakistan. 2013 January-February. London: CMN; 2013. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/04/TMK_Pakistan_02_2013.pdf.

32 Puett C, Guerrero S. Access for all, Volume 2: What factors influence access to community- based treatment of severe acute malnutrition? London: CMN; 2013. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Access-for-All,-Volume-2-Factors-influencing-access-CMN-2013.pdf.

33 MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, Blanchard L, Trotter RT. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. American Journal of Public Health. 2001; 91(12): 1929-38. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446907.

34 Mcleroy KR, Norton B, Sumaya CV. Community-based interventions Editorial. American Journal of Public Health. 2006; 93:3. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447783.

35 Rosato M, Laverack G, Howard Grabman L, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C, Azad K, Morrison J, Bhutta Z, Perry H, Rifkin S, Costello A. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. The Lancet. 2008;37(9642):962-971. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-67360861406-3.

36 FANTA. Training guide for community-based management of acute malnutrition: guide for trainers. Washington DC: FANTA; 2008. Available from: http://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/cmam-training.

37 London School of Hygiene and Tropical Medicine LSHTM. Programming for nutrition outcomes [Online]. London: LSHTM; 2012. Available from: https://ble.lshtm.ac.uk/course/view.php?id=26.

38 WHO. Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care. Geneva: WHO; 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

39 Management Sciences for Health MSH. MDS 3: Managing access to medicines and health technologies. Chapter 31. In: MSH. Community based participation and initiatives. Arlington: MSH; 2012. Available from: http://www.msh.org/sites/msh.org/files/mds3-jan2014.pdf.

40 De Roodenbeke E, Lucas S, Rouzaut A, Bana F. Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas. Increasing access to health workers in remote and rural areas. WHO. Technical report number: 2, 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501514_eng.pdf?ua=1.

41 Strachan DL, Källander K, Ten Asbroek AH, Kirkwood B, Meek SR, Benton L, Conteh L, Tibenderana J , Hill Z. Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management iCCM: stakeholder perceptions and priorities. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2012;87(Suppl 5):111-119. http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0030.

42 Ko-Ko-Zaw, Than-Tun-sein, Kyaw-Minn, Khin-Maung-lwin, Ye-Htut, Yin-Thet-Nu-Oo, Theingi-Myint, San-Shwe, Khin-Pyone-Kyi. Dissemination of reproductive health knowledge by questions and answers through telephone hotline: a feasibility study in Myanmar. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2011;42(1):168-75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21323180.

43 Braun R, Catalina C, Wimbush J, Isrealski D. Community health workers and mobile technology: a systematic review of the literature. PLoS ONE. [Online] 2013;86: e65772. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0065772.

44 Sanghvi T, Martin L, Hajeebhoy N, Teweldebrhan Hailu A, Yewelsew A, Haque R, Tran HTT, Sumitro R. Strengthening systems to support mothers in infant and young child feeding at scale, Food & Nutrition Bulletin. 2013;34: 3. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24261074.

45 ALIMA. Mother-driven detection of malnutrition in Niger as part of the "Mothers understand and can do it" study. Niamey: ALIMA; 2012. Available from: http://www.alimaong.org/en/our-actions/niger/muac-study-mothers-understand-and-can-do-it/. and video overview from: http://www.alimaong.org/en/malnutrition-screening-by-mothers-in-video-in-the-muac-study-mothers-understand-and-can-do-it.

46 Valid International. Community-based therapeutic care CTC: a field manual. Oxford: Valid International; 2006. Available from: http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/CTC-Field-Manual-Oct2006-508.pdf.

47 CORE Group. Community-based integrated management of childhood illness policy guidance. Washington: CORE Group; 2009. Available from: http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/C-IMCI_Policy_Guidance_Jan%202009.pdf.

48 ENN. Integration of IYCF support into CMAM: facilitators guide. Oxford: ENN; 2009. Available from: http://www.ennonline.net/integrationiycfintocmam.

49 CORE Group, Save the Children, BASICS, MCHIP. Community case management essentials: treating common childhood illnesses in the community. A guide for program managers. Washington D.C: CORE Group; 2010. Available from: http://www.coregroup.org/storage/documents/CCM/CCMbook-internet2.pdf.

50 FANTA. Generic guidelines and job aids for community-based management of acute malnutrition CMAM. [Online] Washington DC: FANTA; 2010. Available from: http://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/generic-cmam-materials.

51 Global Nutrition Cluster GNC. Module 13: Management of SAM. In The Harmonised Training Package HTP: resource material for training on nutrition in emergencies. [Online] Geneva: GNC; 2011. Available from: http://nutritioncluster.net/training/module-13-management-of-severe-acute-malnutrition-ppt.

52 Infant and Young Child Nutrition Project IYCN. Mobilizing communities for improved nutrition: a guide for community leaders. Washington: IYCN; 2011. Available from: http://iycn.wpengine.netdna-cdn.com/files/IYCN_Mobilizing-Communities-for-Improved-Nutrition-Training-Manual-and-Participant-Guide-for-Community-Leaders_0711.pdf.

53 The Global Fund to fight AIDS, malaria and tuberculosis. Community systems strengthening framework. 2014. Available from: http://www.theglobalfund.org/documents/core/framework/Core_CSS_Framework_en.

54 Maternal and Child Health Integrated Program MCHIP. Developing and strengthening community health worker programs at scale. A reference guide for program managers and policy makers. Baltimore: Jhpiego Corporation; 2013. Available from: http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/CHW_ReferenceGuide_sm.pdf.

55 Myatt M, Guerrero S. Why coverage is important: efficacy, effectiveness, coverage, and the impact of CMAM Interventions. Field Exchange. 2013;45:40. Available from: http://fex.ennonline.net/45/coverage.

56 Guevarra E, Norris A, Guerrero S, Myatt M. Assessment of coverage of community-based management of acute malnutrition. CMAM Forum Technical Brief. 2012. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Assessment-of-Coverage-of-CMAM-CMAM-Forum-TB-One-Oct-2012.pdf.

57 CMN. SQUEAC: Danane, République de Côte d'Ivoire. London: CMN; 2012 November. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/02/Ivory_Coats_Danan%C3%A9_Nov_2012.pdf.

58 Lee J, Banda T, Sling K, Man Dalazi E, Paluku B. The nature, causes, and impact of defaulting from a CMAM program in Nigeria. In: CMN 2013: International SAM Conference. Available from: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/11/C3-VALID.pdf.

59 Puett CL, Sadler K, Alderman H, Coates J, Fiedler JL, Myatt M. Cost-effectiveness of the community-based management of severe acute malnutrition by community health workers in southern Bangladesh. Health Policy Plan. 2013;28(4):386-99. http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czs070.

60 Rifkin SB, Hewitt G, Draper AK. Community participation in nutrition programs for child survival and anemia. Washington DC: SPRING; 2007. Available from: http://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/a2z_materials/Community_Participation_Review_October_1_09.pdf.

61 Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Accountability through participation: developing workable partnership models in the health sector. IDS Bulletin. 2000;31(1):1-13. http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2000.mp31001001.x.

62 Fulton BD, Schleffer RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. Human Resources for Health. 2011;9:1. http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-9-1.

63 Dambisya YM, Matinhure S. Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda: a case study. BMC Health Services Research. 2012;12:61. http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-61.

64 ENN. Special focus on government experiences of CMAM scale up. Field Exchange. 2012d43. Available from: http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/fx-43-govt-experiences-with-CMAM-scale-up-part-1-2012(3).pdf.

65 Jaskiewicz W, Tulenkom K. Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. Human Resources for Health. 2012;10:38. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472248.

66 Sadler K, Puett C, Mothabbir G, Myatt M. Community case management of severe acute malnutrition in Southern Bangladesh. Medford: Feinstein International Center, Tufts University; 2011. Available from: http://dl.tufts.edu/file_assets/tufts:UA197.012.012.00023.

67 Alamo S, Wabwire-Mangen F, Kenneth E, Sunday P, Laga M, Colebunders RL. Task-shifting to community health workers: evaluation of the performance of a peer-led model in an antiretroviral program in Uganda. AIDS Patient Care and STDs. 2011;26:2. http://dx.doi.org/10.1089/apc.2011.0279.

68 Rifkin SB, Kangere M. What is participation? Community based rehabilitation CBR as a participatory strategy in Africa. Gladnet Collection: Cornell University ILR School; 2002. Available from: http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1059&context=gladnetcollect.

69 Becart, E. Meta-analysis of barriers and boosters from 78 coverage assessments supported by the CMN. London: CMN; 2014. http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Meta-analysis-of-barriers-and-boosters-from-78-assessments-CMN-2014.pdf.

70 Nsona H, Mtimuni A, Daelmans B, et al. Scaling up integrated community case management of childhood illness: update from Malawi. The American journal of tropical medicine and hygiene 2012; 87(5 Suppl): 54-60.

71 CDI Study Group. Bulletin of the World Health Organization. 2010; 887: 481-560. Available from: http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-069203/en/.

72 WHO. Intersectoral collaboration on child nutrition in informal settlements in Mombasa: a Kenyan case study. Geneva: WHO; 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92866/1/9789290232384.pdf.

73 Government of Nepal GON. Multi-sector nutrition plan for accelerating the reduction of maternal and child under-nutrition in Nepal: 2013-2017 2023. Kathmandu: GON; 2012. Available from: http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/03/Nepal_MSNP_2013-2017.pdf.

74 Sarker M & Joarder T. Intersectoral collaboration: a novel path to promote community health promotion editorial. Global Health Promotion. 2012;194:7-8. http://dx.doi.org/10.1177/1757975912464596.

75 Earth Institute. One million community health workers: technical taskforce report. Earth Institute. 2011. Available from: http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf.

76 Hermann K, Van Damme W, Pariyo GW. Community health workers for ART in sub-Saharan Africa: learning from experience – capitalizing on new opportunities. Human Resources for Health. 2009;7:31. http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-7-31.

77 UNFPA Niger. Husbands' schools seek to get men actively involved in reproductive health. [Online] http://niger.unfpa.org/docs/SiteRep/Ecole des maris.pdf.

78 Catholic Relief Services CRS Ghana: "Encouraging Positive Practices for Improving Child Survival EPPICS Child Survival and Health Project" 2011-2015. [Online] Available from: http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/Catholic%20Relief%20Services.pdf.

79 Hussain A, Ibrahim MI, Baber ZU. Using the potentials of community pharmacies to promote rational drug use in Pakistan: An opportunity exists or lost? Journal of the Pakistan Medical Association. 2012; 62:11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23866415.

80 Hughes R, Chandler CR, Mangham-Jefferies LJ, Mbacham W. Medicine sellers' perspectives on their role in providing healthcare in North-West Cameroon: a qualitative study. Health Policy and Planning. 2013;28:636-646. http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czs103.

81 Minh PH, Huong, DTM, Byrkit R, Murray M. Strengthening pharmacy practice in Vietnam: findings of a training intervention study. Tropical Medicine and International Health. 2013;184:426-434. http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12062.

82 Colvin M, Gumede L, Grimwade K, Wilkinson D. Integrating tradition healers into a tuberculosis control programme in Hlabisa, South Africa. MRC South Africa Policy Brief. 2001;4. Available from: http://www.mrc.ac.za/policybriefs/tbtraditional.pdf/.

83 King R, Balaba D, Kaboru B, Kabatesi D, Pharris A, Homsy J. The role of traditional healers in comprehensive HIV/AIDS prevention and care in Africa: untapped opportunities. In: Marlink RG, Teitelman SJ, eds. From the ground up: building comprehensive HIV care programs in resource-limited settings, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. 2009. Available from: http://www.researchgate.net/publication/236330037_The_Role_of_Traditional_Healers_in_Comprehensive_HIVAIDS_AIDS_AIDS_AIDS_Prevention_and_Care_in_Africa_Untapped_Opportunities/file/e0b49517a31e0cc344.pdf.

84 Audet CM, Salato J, Blevins M, Amsalem D, Vermund SH, Gaspar F. Educational intervention increased referrals to allopathic care by traditional healers in three high HIV-prevalence rural districts in Mozambique. PLoS ONE. [Online] 2013;88:e70326. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070326.

85 Hillenbrand E. Improving traditional-conventional medicine collaboration: perspectives from Cameroonian traditional practitioners. Nordic Journal of African Studies. 2006;151:1-15. Available from: http://www.njas.helsinki.fi/pdf-files/vol15num1/hillenbrand.pdf.

86 Ngabo F, Nguimfack J, Nwaigwe F, Mugeni C, Muhoza D, Wilson DR, Kalach J, Gakuba R, Karema C, Binagwaho A. Designing and implementing an innovative SMS-based alert system RapidSMS-MCH to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda. Pan-African Medical Journal. 2012;13:31. Available from: http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/13/31/full/.

87 DePue, JD, Rosen RK, Batts-Turner M, Bereolos N, House M, Held RF, Nu'usolia O, Tuitele J, Goldstein MG, McGarvey ST. Cultural translation of interventions: diabetes care in American Samoa. American Journal of Public Health. 2010;100(11):2085-2093. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.170134.

88 Guerrero S, Mandalazi E. Local perceptions of malnutrition and factors affecting SFP recovery in the Concern CTC programme, Aweil West/North, South Sudan. Oxford: Valid International; 2005. Unpublished.